

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES

Paola Alvarino Amador

Tutora: Daniela Abello Luque

Co-tutora: María del Mar Sánchez Fuentes

UNIVERSIDAD DE LA COSTA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES

BARRANQUILLA

2019

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES

Paola Alvarino Amador

Trabajo de grado para optar título de

MAGISTER EN PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE LA COSTA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DEL INDIVIDUO

BARRANQUILLA

2019

Nota de aceptación

Firma del Decano

Firma Líder de Grupo de Investigación

Firma de Tutor

Firma de Cotutor

Firma de Juez

Firma de Juez

Agradecimientos

Primeramente, doy gracias a Dios por permitirme enriquecer mi vida en el ámbito personal y profesional con todo este nuevo conocimiento adquirido, y usar lo aprendido para beneficio de otros, especialmente al objetivo de rescatar una vida o al menos mejorarla, brindando esperanza a una familia.

Doy gracias a mi esposo e hijas, quienes brindaron parte del tiempo en familia para poder alcanzar este logro, el cual contribuyó también en mi rol materno. A mi madre, quien con su ejemplo me ha demostrado que nunca es tarde para continuar la búsqueda de nuestros sueños.

Agradezco a mis tutores Daniela Abello, María Del Mar Sánchez y demás docentes que contribuyeron en tiempo, dedicación, motivación y orientación para culminar exitosamente y a satisfacción esta investigación.

Sin dejar de dar gracias finalmente a grandes personajes que participaron en esta investigación como lo son todos los adolescentes que hicieron parte de las muestras y a las directivas de las instituciones educativas distritales que permitieron el acceso a sus instalaciones y sus alumnos, permitiendo así la intencionalidad científica.

Resumen

El objetivo del presente estudio fue comparar el riesgo suicida entre adolescentes con y sin antecedentes de conductas suicidas, en una muestra seleccionada incidentalmente conformada por 121 adolescentes (92,6% mujeres y 7,4% varones) con edades comprendidas entre los 12 a 17 años. El abordaje metodológico de los datos es de corte cuantitativo, con un diseño no experimental, un alcance investigativo de tipo ex post facto. Se aplicó en ambas muestras un cuestionario sociodemográfico y la Escala para la Evaluación de Riesgo Suicida en Adolescentes – ERS para analizar si existían diferencias entre los grupos, para ello se empleó la prueba t de student. Los resultados del presente estudio contribuyeron a la validez predictiva de la Escala para la Evaluación de Riesgo Suicida en adolescentes – ERS, pues se comprueba que los adolescentes que han realizado conductas previas de suicidio puntúan más alto en las dimensiones del riesgo suicida de depresión-desesperanza, la disfunción familiar o falta de apoyo familiar, autolesiones-ideación suicida y el aislamiento social, que aquellos sin antecedentes suicidas.

Palabras clave: suicidio, riesgo suicida, adolescentes

Abstract

The objective of the present study was to compare the suicidal risk among adolescents with and without a history of suicidal behavior, in a sample selected incidentally consisting of 121 adolescents (92.6% women and 7.4% men) aged between 12 and 17 years. years. The methodological approach to the data is of a quantitative nature, with a non-experimental design, an investigative scope of an ex post facto type. A sociodemographic questionnaire and the Scale for the Evaluation of Suicide Risk in Adolescents - ERS were applied in both samples to analyze if there were differences between the groups, for this the student's t-test was used. The results of this study contributed to the predictive validity of the Scale for the Assessment of Suicide Risk in adolescents - ERS, since it is found that adolescents who have carried out previous suicide behaviors score higher in the suicide risk dimensions of depression-hopelessness , family dysfunction or lack of family support, self-harm-suicidal ideation and social isolation, than those without a suicidal background.

KeyWords: suicide, suicidal risk, adolescents

Contenido

Lista de tablas y figuras	9
1. Introducción	10
2. Planteamiento del problema.....	11
2.1 Pregunta problema.....	14
3. Justificación	14
4. Objetivos	22
4.1 Objetivo General	22
4.2 Objetivos específicos.....	22
5. Marco teórico	22
5.1 El suicidio: concepto y generalidades	22
5.2 Factores de riesgos asociados al suicidio	26
5.3 Dimensiones del riesgo suicida	30
5.3.1 Depresión y desesperanza.....	30
5.3.2 Ideación, planeación y autolesión.....	32
5.3.3 Aislamiento/soporte social.....	33
5.3.4 Falta de apoyo familiar	34
5.4 Factores de riesgos suicidas en la adolescencia	35
5.4.1 Factores individuales (desarrollo ontogénico).....	38
5.4.2 Factores familiares (microsistema).....	39
5.4.3 Factores del ecosistema.	39
5.4.4 Factores del macrosistema.....	39
5.5 Generalidades sobre la Adolescencia	41
6. Diseño metodológico	47
6.1 Participantes	47
6.2 Criterios de selección de la muestra	49
6.3 Instrumentos	49
6.4 Procedimiento.....	50
7. Resultados	52
8. Discusión.....	59

9. Recomendaciones	64
10. Referencias.....	65
11. Anexos	79

Lista de tablas y figuras**Tablas**

Tabla 1 Características Socio demográficas.....	48
Tabla 2 Estadísticos descriptivos para la muestra clínica y no clínica en las cuatro dimensiones evaluadas.....	58

Figuras

Figura 1 Histograma de la dimensión depresión y desesperanza de la muestra clínica	52
Figura 2 Histograma de la dimensión depresión y desesperanza de la muestra no clínica	53
Figura 3 Histograma de la dimensión aislamiento – soporte social de la muestra clínica.....	54
Figura 4 Histograma de la dimensión aislamiento – soporte social de la muestra no clínica.....	54
Figura 5 Histograma de la dimensión ideación, planeación y autolesión de la muestra clínica.....	55
Figura 6 Histograma de la dimensión ideación, planeación y autolesión de la muestra no clínica	56
Figura 7 Histograma de la dimensión falta de apoyo familiar de la muestra clínica.....	57
Figura 8 Histograma de la dimensión falta de apoyo familiar de la muestra no clínica.....	57

1. Introducción

El suicidio en la población adolescente es uno de los problemas que viene afrontando nuestra sociedad colombiana de manera creciente y es un fenómeno multifactorial, que incluye factores biológicos, psicológicos y sociales (Cabra, Infante y Sossa, 2010). Pareciera haber un descontento en los adolescentes de tal modo que la desesperanza los estuviera abrazando. Y no parece ser un problema relacionado exclusivamente con la pobreza, ya que se viene presentando en todos los estratos socioeconómicos y con múltiples factores de riesgo.

El suicidio es un fenómeno que viene generando una creciente atención en salud pública por el impacto social que genera. Según el último informe por el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2017), en Colombia ha habido un aumento en la incidencia del suicidio de niños y adolescentes. Como grave problema de salud pública, el suicidio urge la atención de todos los especialistas y encargados de la salud mental. Sin embargo, desafortunadamente, su medición, prevención y control no son una labor fácil de acuerdo a cada característica particular del individuo.

La presente investigación parte de las necesidades de los profesionales de la salud, ciencias sociales y humanas al intentar comprender el perfil del adolescente con riesgo suicida en el departamento del Atlántico. Se realiza una revisión bibliográfica referente al tema en el departamento del Atlántico y en Colombia, pues pese a las múltiples investigaciones relacionadas, existe una brecha investigativa en cuanto a la identificación de factores de riesgo en población adolescente que ya haya tenido intentos suicidas, es decir, se encuentran diversas investigaciones en donde la muestra de estudio es principalmente adolescentes escolarizados o jóvenes universitarios sin intentos de suicidio.

Por lo anterior, se analizará si existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en población adolescente que hayan tenido antecedentes de intento suicida y adolescentes sin antecedentes de conductas suicidas, mediante la aplicación de una escala validada en Colombia.

2. Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) anualmente más de 800.000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en el 2012 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. Por cada suicidio, hay muchas más tentativas de suicidio cada año. Entre la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante. El 78% de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos. Finalmente, la ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio en todo el mundo.

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (2014), las Américas tienen una tasa de suicidio (7.3 por cada 100.000 habitantes) menor que el promedio mundial (11.4 por 100.000) e inferior a la de otras regiones. Dentro de las Américas, sin embargo, las tasas varían de forma significativa entre los países, así como según la edad y el género. En este sentido, de acuerdo a los datos reportados por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia se evidencia lo siguiente:

Durante el año 2016 se reportaron 2.310 suicidios, 242 casos (10,4 %) más que en el año inmediatamente anterior. El decenio 2007-2016 acumuló 19.177 casos, con una media de 1.918 eventos por año, lo que indica 193 suicidios al mes, y seis suicidios por día. La tasa de lesiones fatales autoinflingidas en 2016 fue de 5,20 eventos por cada 100.000 habitantes. Se observó en el año 2016 un comportamiento alto en el grupo de edad entre los 20-24 años y entre los 25-29 años (270 y 228 casos respectivamente) para los hombres; mientras que en las mujeres entre los 15-17 y 20-24 años (71 y 57 casos respectivamente); según grupo de edad entre 10 a 14 años registra 91 casos y entre 15 a 17 años 170 casos (Forensis, 2017).

En la actualidad el suicidio es considerado un problema de salud pública a nivel mundial y se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años y la segunda en el grupo entre los 10 y 24 años.

Colombia ocupa el tercer lugar en mayor número de casos, después de Cuba y Brasil. El Instituto Nacional de Salud (2017) reportó 9.214 intentos de suicidio en el país, es decir 65 cada día y dos cada hora, las mujeres son las que más intentan acudir al suicidio (62,1 %). La mayoría de los casos se presentan en adolescentes entre los 15 y los 19 años (29,1%), luego en jóvenes de 20 a 24 años (19%), después en los de 10 a 14 años (12, 9 %).

Según la Secretaría de Salud del Atlántico, hasta el 15 de julio del 2016 se reportaron 191 casos de intento suicida. En 2014 se registraron 27 casos y en 2015 se reportaron 34. Las edades en que más se presentan está entre los 15 a los 34 años y se suicidan más hombre que mujeres.

Para el Departamento del Atlántico las estadísticas indican que el municipio con mayor incidencia en intentos suicidas es Soledad con 91, le siguen Puerto Colombia con 17, Santo Tomás con 11, Malambo con 11, Santa Lucía con 3, Usiacurí con 2, Tubará con 2, Palmar de

Varela con 4 y Repelón con 4. También están los municipios de Ponedera con 3, Manatí con 2, Juan de Acosta con 2, Suán con 1, Baranoa con 6, Sabanagrande con 3, Sabanalarga con 8, Candelaria con 1, Polonuevo con 1 y Luruaco con 1. Los municipios que hasta la fecha no se han presentado intento de suicidio son Piojó y Campo de la cruz (Gobernación del Atlántico, 2016).

De acuerdo con los datos que registra el Instituto Nacional De Medicina Legal y Ciencias Forenses (Forensis, 2017), para el año 2016, el Departamento del Atlántico presentó 99 casos de suicidios discriminados así: 1 caso en los municipios de Juan de Acosta, Luruaco, Repelón, Sabanagrande, Santo Tomás, Usiacurí; 2 casos en Baranoa y Galapa, 3 casos en Puerto Colombia, 5 casos en Sabanalarga, 13 casos en Malambo, 18 casos en Soledad y 50 casos en Barranquilla.

Según Buendía, Riquelme y Ruiz (2004) los factores que se han relacionado con un intento de suicidio en adolescentes son: la pérdida temprana de alguno de los padres, haber sido objeto de abuso sexual, exposición a violencia intrafamiliar, abuso de sustancias tóxicas, historia de suicidio familiar, presencia de trastorno del estado de ánimo, problemas académicos, dificultades para la inserción en el mercado laboral unido a problemas económicos, etc.

Pese al gran peso que todos estos factores pueden tener por separado, es de gran relevancia sus interacciones entre sí como indicadores de vulnerabilidad para el desarrollo de conductas suicidas durante la adolescencia (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004).

Los adolescentes que tienen mayor riesgo para suicidarse son los que han tenido intentos previos de suicidio, los que continúan pensando en matarse luego de un intento de suicidio, los que tienen abuso de sustancias psicoactivas, los hombres, los que viven solos y están socialmente aislados, así como los agitados, irritables, amenazantes, delirantes o con síntomas emocionales

graves (Villardón, 2009), estos son los adolescentes que para la presente investigación se refieren a adolescentes con antecedentes clínicos de esta y otras índoles psicológicas, mentales o emocionales que los han llevado a presentar algún cuadro clínico psicológico y predisponga una conducta suicida.

En Colombia, el Ministerio de Salud reconoce el suicidio como un problema de salud pública y en sus acciones encaminadas al fomento de la salud mental, lo incluyó en su Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 como uno de los asuntos de prioritaria vigilancia.

2.1 Pregunta problema

¿Existe diferencia del riesgo suicida en adolescentes con y sin antecedentes clínicos?

3. Justificación

El suicidio es una de las condiciones prioritarias del Programa de Acción para superar la brecha en salud mental establecido por la OMS en 2008. En el Plan de Acción sobre salud mental 2013-2020 los estados miembros de la OMS se comprometieron a trabajar para alcanzar la meta mundial de reducir las tasas nacionales de suicidios en un 10% para el año 2020.

Las altas tasas de suicidios en adolescentes, son más frecuentes a edades cada vez más tempranas y es la tercera causa de muerte en adolescentes según la Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Prosperidad Social, 2015). La ideación suicida es tan frecuente en adolescentes como en adultos colombianos, la prevalencia de ideación suicida en adolescentes entre 12 a 17 años es 6,6%, la prevalencia del intento de suicidio en este grupo de edad es de 2,5%, 37,6 de los adolescentes que han pensado suicidarse lo han intentado.

Para la Organización Mundial de la Salud (2014) muchas veces hay varios factores de riesgo que actúan acumulativamente para aumentar la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida. Entre los factores de riesgo asociados con el sistema de salud y con la sociedad en general figuran las dificultades para obtener acceso a la atención de salud y recibir la asistencia necesaria, la fácil disponibilidad de los medios utilizables para suicidarse.

Por otro lado, el sensacionalismo de los medios de difusión en lo concerniente a los suicidios, que aumenta el riesgo de imitación de actos suicidas, y la estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas o por problemas de salud mental y de consumo de sustancias psicoactivas. Entre los riesgos vinculados a la comunidad y las relaciones están las guerras y desastres, el estrés ocasionado por la aculturación (como entre pueblos indígenas o personas desplazadas), la discriminación, un sentido de aislamiento, el abuso, la violencia y las relaciones conflictivas. Y entre los factores de riesgo a nivel individual cabe mencionar intentos de suicidio previos, trastornos mentales, consumo nocivo de alcohol, pérdidas financieras, dolores crónicos y antecedentes familiares de suicidio (Tuesca y Navarro, 2003).

En el Atlántico mediante la Ordenanza 000268, que fue aprobada el 12 de mayo de 2015 se pretende promover la articulación intersectorial, interinstitucional e interdisciplinaria con el fin de disminuir los índices de suicidio en esta zona del país. Sin embargo, pese a todas las investigaciones y actuaciones intersectoriales que se adelantan en Colombia, se logra identificar vacíos científicos, pues a pesar de estudiar el fenómeno del riesgo suicida desde su caracterización, se viene realizando principalmente solo con adolescentes escolarizados en muestras no clínicas.

La identificación de los factores de riesgo en una muestra clínica permitirá brindar recomendaciones para el abordaje de dicho fenómeno en el Departamento del Atlántico, de acuerdo a las condiciones culturales actuales, instrumentos adaptados culturalmente en nuestro país y avances del desarrollo humano; al igual que facilitar información sobre poblaciones de riesgo y evaluar la efectividad de abordajes terapéuticos proporcionando un aporte para nuevas investigaciones.

Investigaciones recientemente adelantadas en diferentes países en torno a los factores de riesgo asociados al suicidio plantean múltiples factores desde diferentes miradas y paradigmas científicos, así como la caracterización y estudio de la problemática en la población adolescente.

En Chile, una investigación sugiere que la mejor variable predictiva para el comportamiento "intento de suicidio" corresponde a las conductas suicidas (ideación y planificación suicida). Mediante el diseño de una escala se muestran propiedades psicométricas adecuadas para evaluar el riesgo de intento de suicidio, diferenciando entre los que han intentado suicidarse y los que no (Urzúa y Caqueo, 2011).

En México Córdova, Estrada y Velázquez (2013) tienen como objetivo la detección de riesgo suicida en adolescentes mediante la escala de medición de riesgo suicida (SPS), la cual evalúa el riesgo suicida en adolescentes y adultos mediante dimensiones como la desesperanza, la ideación suicida, la actitud negativa del self y la hostilidad.

Aguirre-Flórez et al. (2014) investigaron el riesgo suicida y sus factores asociados en estudiantes de bachillerato de tres colegios de Manizales, Colombia. Concluyeron un nivel de riesgo suicida superior al de otras poblaciones similares. Sobresalieron la depresión y la disfuncionalidad familiar como factores asociados. Un hallazgo muy importante fue que el acoso

entre pares aumenta en gran proporción el riesgo suicida. No se encontró ninguna relación entre riesgo suicida y estrato social.

Un estudio realizado en Medellín (Antioquia) cuyo objetivo fue explorar la posible asociación entre el riesgo de suicidio, depresión, consumo de psicoactivos y disfunción familiar en adolescentes escolarizados; concluyó que la depresión y la disfunción familiar se asociaron positivamente con el riesgo de suicidio (Toro, Paniagua, González y Montoya, 2006).

En Ipiales (Pasto) caracterizan epidemiológicamente las conductas suicidas en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales de edades comprendidas entre 10 y 19 años. Tal estudio demuestra que la adolescencia media es el grupo etario más vulnerable, mientras que los preadolescentes se constituyen como el grupo con menor riesgo. Lo que se refleja en los resultados obtenidos es la presencia de ideas, planes e intentos suicidas en la muestra estudiada arrojando una relación significativa con la edad, sexo, nivel escolar, estructura familiar, autoeficacia, consumo de sustancias psicoactivas, eventos vitales estresantes y experiencias vitales (Chamorro y Cristancho, 2010).

En la ciudad de Villa Hermosa (Tolima) adelantaron un estudio cuyo objetivo fue establecer el perfil de riesgo de orientación suicida según los indicadores de salud mental: depresión, funcionamiento familiar, vulnerabilidad familiar y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes que cursan básica secundaria y media vocacional en las instituciones educativas del municipio de Villahermosa - Tolima, durante el año 2013, demuestra que la prevalencia de riesgo de orientación suicida alta y moderada se presentó en el 52,1%, siendo mayoritaria en los adolescentes entre 11 y 14 años (Loboa y Morales, 2016).

En el año 2016 la Universidad Católica de Colombia realizó un estudio ex post facto retrospectivo de un grupo, diseñando un instrumento para analizar los factores asociados a la ideación suicida en el ámbito escolar en diferentes niveles de educación (educación básica, educación media y educación superior). Los resultados indicaron que el factor de ideación suicida está directamente relacionado con la autoimagen negativa, la cual se identifica con factores como el bullying, bajo desempeño académico y consumo de sustancias psicoactivas. De igual manera se evidencia como el factor de relaciones de familia positiva y pensamientos positivos con relación a la vida, no tiene una correlación positiva con la ideación suicida (Silva, Pardo y Ayala, 2016).

En Medellín (Paniagua, González y Rueda, 2016), realizan la adaptación del Inventario de Orientación Suicida - versión ISO 30 en español, comprobando que es un cuestionario útil y apropiado para diagnosticar el riesgo de orientación suicida (que es el preludio de una idea suicida) en los estudiantes adolescentes de la ciudad de Medellín.

En Barranquilla (Atlántico), Tuesca y Navarro (2003), realizaron un estudio de casos y controles incidentes (60 casos y 56 controles no apareados), donde plantean como objetivo identificar los factores de riesgos asociados en la población suicida (consumados y no consumados) en Barranquilla (Colombia) durante 1999-2000. Los casos de suicidios, proceden del registro departamental de necropsia del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y los intentos de suicidio proceden de dos hospitales de referencia del área metropolitana de la ciudad: Universitario de Barranquilla y Metropolitano. Los controles corresponden a población general y a personas que acudieron a estos hospitales al servicio de consulta externa, exceptuando consultantes a los servicios de psiquiatría y psicología. Se administró una encuesta estructurada de administración directa para identificar características sociodemográficas, trastornos del

comportamiento y patología psiquiátrica. A fin de establecer la veracidad de la información de los familiares de los suicidas, se les aplicó otro instrumento denominado autopsia o necropsia psicológica, que permitió determinar y confirmar trastornos de la conducta y patología psiquiátrica. La autopsia psicológica permitía identificar cuatro propósitos: conocer y determinar el modo de muerte, conocer el comportamiento de la víctima antes de morir y su relación con las circunstancias en que ocurrió la muerte, explicar las condiciones psicológicas de las personas que han fallecido, no con respecto a la muerte sino a acciones y/o situaciones previas a la muerte, ayudar a la recuperación de los sobrevivientes.

Otro estudio en Barranquilla estudió la identificación de factores de riesgos suicida en adolescentes (Bahamón y Alarcón, 2018). Esta investigación se centró en un abordaje psicosocial del fenómeno en adolescentes y por tanto, involucra elementos de orden individual y social. La evaluación del riesgo suicida, desde esta propuesta buscó indagar aspectos que aumentan la probabilidad del suicidio en adolescentes a partir de cuatro factores: 1) Depresión y Desesperanza; 2) Ideación, Planeación e Intencionalidad Suicida; 3) Aislamiento/Soporte social; y 4) Familia.

De los estudios analizados en torno a la problemática de factores de riesgo asociados a la conducta suicida, se puede apreciar que, si bien es cierto algunos utilizan instrumentos válidos y adaptados para identificar tal problemática, otros se han enfocado en la correlación y análisis de múltiples variables asociadas al riesgo suicida como el bullying, la disfunción familiar, el consumo de SPA, etc., y factores protectores como la resiliencia; o por el contrario en un solo contexto participativo del adolescente: el escolar (Jaime, Pardo y Ayala, 2016).

Pese a las diferentes investigaciones que se han adelantado en Colombia entorno a los factores de riesgo y el comportamiento suicida en adolescentes, estas se centran en el análisis y estudio de la problemática en adolescentes escolarizados o jóvenes universitarios con y sin antecedentes de conductas suicidas, pero de manera aislada e independiente, sin discernir si hay diferencias en el riesgo suicida entre una muestra y otra; planteando desde diferentes disciplinas estrategias intersectoriales para disminuir el riesgo suicida, los altos índices de suicidios e intentos de suicidios que vienen prendiendo las alarmas en el departamento del Atlántico, más aún en la población vulnerable como lo es la adolescencia, por lo que se hace necesario plantear la presente investigación. Así pues, aportará información en aquellos vacíos científicos en torno al suicidio, especialmente en los factores de riesgos asociados a la problemática no solo en adolescentes escolarizados, sino también en población clínica, lo que permitirá analizar si existen o no diferencias en una muestra u otra con relación a dichos riesgos, y el comportamiento entre las variables a estudiar; para conocer más de cerca la adolescencia y su relación con tal fenómeno en la actualidad.

Esta investigación se hace relevante, porque el Departamento del Atlántico en su Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019, describe que en el periodo 2011 – 2013 se observó un incremento en las tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas (de 1,55 en 2011 a 3,12 en 2013), concentradas principalmente en el área metropolitana de Barranquilla, pero no discriminan ni caracterizan la población altamente vulnerable como lo es la adolescencia y que viene en un aumento progresivo, lo que se convierte en talón de Aquiles para las líneas de acción e intervención que se han venido retomando de las políticas públicas de otras potencias mundiales en el tema del desarrollo humano. En este sentido, se contribuye a la garantía de derechos de los adolescentes colombianos, principalmente su vida e integridad personal; así

como al plan de salud mental y políticas públicas del País. Los resultados que se presenten serán de gran impacto dentro de las disciplinas de la salud, ciencias sociales y otras que intervienen en la problemática día a día en nuestra ciudad, para fortalecer la atención integral; así como las líneas de acción para la promoción y prevención del suicidio en los adolescentes y disminuir los índices de mortalidad en el Departamento del Atlántico.

Es conveniente porque de acuerdo a las estadísticas planteadas inicialmente en torno a la problemática por los diferentes organismos estatales, surgen retos mancomunados para la reducción de las altas tasas de suicidio en adolescentes. Es así que al analizar el riesgo suicida en adolescentes con y sin antecedentes clínicos, permitirá generar un perfil del adolescente atlanticense con mayor probabilidad de cometer un suicidio posibilitando correlacionar variables que permitan entender mejor el fenómeno, y a la vez poder evaluar la eficacia de medidas y estrategias preventivas o procesos terapéuticos en poblaciones estudiadas, para favorecer la salud de la población adolescente del país.

En definitiva, es indispensable promover la difusión de información objetiva acerca del riesgo suicida como problema psicosocial y de salud pública para prevenir la consumación de esta conducta, reorientando a los adolescentes e informando a los familiares de estos en la detección de las señales que indican la posible aparición de tales hechos con el fin de evitar en lo posible resultados contraproducentes. Incluye implicaciones trascendentales para contribuir a la detección temprana de riesgos suicidas en población adolescentes con y sin antecedentes de tales conductas.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Comparar el riesgo suicida entre adolescentes con y sin antecedentes de conductas suicidas.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo en adolescentes sin antecedentes de conductas suicidas.
- Identificar los factores de riesgo en adolescentes con antecedentes de conductas suicidas.
- Establecer si existen diferencias estadísticamente significativas de los factores de riesgo entre el grupo de adolescentes con antecedentes de conductas suicidas y adolescentes sin antecedentes de conductas suicidas.

5. Marco teórico

5.1 El suicidio: concepto y generalidades

Uno de los grandes problemas con los que nos encontramos al estudiar el suicidio es el de su propia definición. La aplicación del término a comportamientos diversos y la consideración del fenómeno desde diferentes puntos de vista, son algunas de las razones de esta dispersión (Villardón, 2009).

Desde una perspectiva sociológica se plantea al suicidio como un efecto de la estructura social, que encuentra su fundamento en la reglamentación y la coherencia social; para este autor el suicidio, como fenómeno social, se desencadena por tres factores, en primer lugar la naturaleza de los individuos que componen la sociedad, seguido por la manera como están asociados, la naturaleza de la organización social y finalmente, los acontecimientos pasajeros

que perturban el funcionamiento de la vida colectiva sin alterar su constitución anatómica, tales como las crisis nacionales, económicas etc. (Durkheim, 1897). Por tanto, esta definición toma en cuenta la intencionalidad del acto, refiriendo que es todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que ella debía producir este resultado.

El concepto de acto suicida fue introducido en 1969 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y define este como “todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil, partiendo de que debe tener como resultado del acto, la muerte”.

En el año 2010 lo reformula como “El acto deliberado de quitarse la vida” (OMS, 2010). En el ámbito de la psicología, Edwin S. Shneidman (1918-2009) es considerado el padre de la Suicidología moderna por ser pionero en el campo de la prevención y atención del suicidio; definió el suicidio como “el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución”. Acuñó palabras y conceptos como suicidología, autopsia psicológica, posvención, muerte subintencionada y dolor psicológico (Chávez-Hernández y Leenaars, 2010).

Según Téllez (2006) y Barrero (1996 y 2005), al hablar del fenómeno suicida se manejan diversas definiciones entre las que se mencionan, como parte del comportamiento suicida:

El deseo de morir: inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente, manifestándose en frases como: “la vida no merece la pena”, lo mejor sería estar muerto”. Representación suicida: Imágenes mentales del suicidio del propio individuo (por ejemplo, estar ahorcado)

Ideas suicidas: Pensamientos de terminar con la propia existencia. Se incluye: idea suicida sin un método específico, idea suicida con un método inespecífico o indeterminado, idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo o en qué lugar lo va a ejecutar, sin tener en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto.

El plan suicida o idea suicida planificada: en la que el individuo ha elegido un método habitualmente mortal, el lugar donde lo realizará y el momento oportuno para no ser descubierto.

La amenaza suicida: Insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas. Se considera como una petición de ayuda.

El gesto suicida: Incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones serias para el sujeto.

El intento suicida: denominado también parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es el acto en el cual el individuo se hace daño deliberadamente a sí mismo, pero sin tener como resultado la muerte. Se considera intento de suicidio a toda acción autoinflingida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal, actual y/ o referido por el consultante y/ o acompañante (OMS, 2010). La mitad de los suicidas tienen antecedentes de parasuicidio, el 1% de los parasuicidas cometen el suicidio en el transcurso del año siguiente al intento, lo cual implica un riesgo 100 veces mayor que el de la población general (OMS, 2014).

El suicidio frustrado: Es aquel acto suicida que hubiera terminado en la muerte de no mediar situaciones fortuitas o no esperadas, en este caso existía un deseo de acabar con la vida, pero el sujeto no llega a morir por situaciones ajenas a su voluntad.

El suicidio accidental: Corresponde al realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, la muerte no es deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto, como por ejemplo en la población penal, que se autoagrede sin propósitos de morir, pero que mueren por las complicaciones.

El suicidio intencional: Es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte.

El suicidio consumado indirecto o suicidio pasivo: Definido como toda muerte originada por una actitud indiferente e inmóvil ante la vida, se identifica como particularmente común en adolescentes y podría explicar los resultados fatales de actos temerarios y arriesgados como los accidentes de tráfico (Buendía, 2004).

Intento manipulativo o instrumental: Alude al sujeto que se autolesiona para llamar la atención sobre una situación o para expresar desesperanza, ira, frustración, etc. Se ha asociado con el adolescente por la impulsividad y la falta de habilidades para la resolución de problemas que predomina en esta etapa.

Uno de los principales problemas al hablar sobre suicidio y su intencionalidad se da precisamente en la complejidad de las definiciones relacionadas con el comportamiento suicida ya que en el caso de que el suicidio sea consumado no se llegan a saber del todo las razones que lo produjeron en vista de que precisamente no se cuenta ya con la persona que ejecutó el acto. Se considera que el único medio para valorar la intención del suicidio es la autopsia psicológica en la que se realiza una suposición de lo que pensó la víctima por medio de información de que se

realizan entrevistas a familiares y amigos. Los estudios realizados con esta técnica sugieren una gran importancia del trastorno psiquiátrico como causa próxima de la mayoría de los suicidios.

Resumiendo, el comportamiento suicida es un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos o intentos) debe considerarse como un signo de alto riesgo en el individuo que los presenta.

5.2 Factores de riesgos asociados al suicidio

Los factores de riesgo se refieren a cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud. Valverde et al. (2001) los definen como todos aquellos determinantes que están en el ambiente, que no dependen de los sujetos y que aumentan la probabilidad de que ocurra, en el corto, mediano o largo plazo, algún evento dañino.

Según Shaffer (2001) los factores de riesgo suicida son individuales, ya que lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros puede no representarlo. También se consideran de carácter generacional, ya que los factores de riesgo en la niñez pueden no serlo en la adolescencia, la adultez o la vejez y por otra parte son genéricos, ya que la mujer tendrá factores de riesgo en relación a su condición, que la diferencian de los factores para el hombre. Por último, se considera que están condicionados culturalmente, pues los factores de riesgo suicida de determinadas culturas pueden no serlo para otras.

Según la OMS (2014) varios factores de riesgo actúan acumulativamente para aumentar la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida:

a) Los factores de riesgo asociados con el sistema de salud y la sociedad en general incluyen dificultades en el acceso a la atención de la salud y en la recepción de los cuidados necesarios, la disponibilidad de los medios para el suicidio, informes inapropiados de los medios que sensibilizan al suicidio y aumentan el riesgo de suicidios, para problemas de salud mental y abuso de sustancias.

b) Los riesgos vinculados a la comunidad y las relaciones incluyen la guerra y el desastre, las tensiones de aculturación (como entre los pueblos indígenas o las personas desplazadas), la discriminación, el aislamiento, el abuso, la violencia y las relaciones conflictivas.

c) Los factores de riesgo a nivel individual incluyen los intentos previos de suicidio, los trastornos mentales, el uso nocivo del alcohol, la pérdida financiera, el dolor crónico y una historia familiar de suicidio.

Téllez (2006) indica que el comportamiento suicida se origina en cinco clases de factores que interactúan: biológicos, rasgos de personalidad, factores psicosociales o ambientales, trastornos mentales, historia familiar y genética. Sugiere que, por la compleja interacción de estos factores que la conducta suicida sea estudiada no como un síntoma, sino como un síndrome que coexiste con diferentes patologías psiquiátricas y con entidades médicas.

Como en todo proceso complejo y multiterminado, se hace necesario destacar y conocer los factores de riesgo (predisponentes) implicados en el mismo, a fin de poder intervenir preventivamente. Los principales factores de riesgo asociados al comportamiento suicida son (OMS, 2000, 2010):

a) Factores psiquiátricos: depresión grave; trastornos del estado de ánimo; esquizofrenia; ansiedad y trastornos de la conducta y de la personalidad; impulsividad: sensación de desesperanza; abuso de alcohol y drogas.

b) Factores de riesgos biológicos y médicos: los antecedentes familiares de suicidio son un reconocido marcador que señala mayor riesgo.

c) Acontecimientos de la vida como desencadenantes: pérdida de un ser querido, maltrato o abuso, separaciones.

d) Factores sociales y ambientales: disponibilidad de un medio para cometer el suicidio, el lugar de residencia de la persona, su situación laboral o migratoria, su credo religioso o su situación económica.

Existen, además, otros factores de riesgo generales que pueden agregarse (Pérez, 2005, 2013; OMS, 2010):

- Inherentes al ámbito familiar: Estilos parentales rígidos y autoritarios.
- Intentos de suicidios previos, propios o de familiares, sobre todo si estos han sido silenciados.
- Incomunicación o indiferencia familiar.
- Insomnio crónico no resuelto.
- Fracaso escolar o académico.
- Cambios abruptos en personas débiles o inseguras.
- Rupturas o quiebres afectivos y/o económicos.

- Accidentes reiterados.
- Enfermedades mentales sin atención o mal atendidas.
- Sociopatías: estafadores, delincuentes, homicidas.
- Adicciones: al juego, alcohol o drogas, sobretodo en cuadros de abstinencia.
- Afección a las armas.
- Marginación social y aislamiento elegido o forzado.
- Enfermedades terminales.
- Amenazas masivas a la dignidad personal: abuso sexual, violencia física o psicológica, privación de la libertad.

Según el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2014) Colombia presenta elevados niveles de violencia que afectan a toda la población; múltiples determinantes del suicidio como el conflicto armado, las desigualdades sociales, la inseguridad, la descomposición de la familia, la intolerancia, el consumo de drogas psicoactivas y el alcoholismo, la falta de acceso a la educación y los bajos ingresos económicos, entre otros, han determinado el comportamiento de estas lesiones y muertes por causas externas.

El comportamiento suicida constituye un problema complejo, con múltiples causas interrelacionadas, las que pueden ser agrupadas en dos grandes (García de Jalon y Peralta, 2002):

- Las predisposiciones internas de ciertos individuos a quitarse la vida, es decir, factores biológicos que predisponen la conducta suicida y se constituyen a su vez en factores de riesgo, tales como el decremento de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo, así como las

predisposiciones genéticas asociadas a su vez con los trastornos afectivos, el alcoholismo y las psicosis; especialmente la esquizofrenia y desde luego, la presencia de familiares con dicha conducta.

- Las circunstancias externas que les llevan a actuar en un momento y lugar determinados, también conocidas como situaciones gatillantes tales como el duelo reciente, el divorcio, la vida familiar crítica, la jubilación, la viudez reciente y enfermedades tales como la epilepsia, el cáncer, la úlcera, la esclerosis múltiple y el SIDA.

García de Jalón (2002) expone que entre los factores de riesgo del suicidio están factores sociodemográficos (edad, sexo, lugar de residencia, estado civil, religión, origen étnico, nivel socioeconómico, situación ocupacional), factores biopsicosociales (trastornos mentales, intentos suicidios previos, antecedentes familiares de suicidio, rasgos de personalidad, historia de trauma o abuso, algunas enfermedades físicas importantes, desesperanza), factores ambientales (dificultades económicas, pactos suicida, disponibilidad y fácil acceso a medios letales, falta de apoyo social y sensación de aislamiento, nula o escasa disponibilidad de cuidados sanitarios, especialmente en salud mental, creencias culturales, enjambres suicidales y efecto imitación.

5.3 Dimensiones del riesgo suicida

5.3.1 Depresión y desesperanza

Se define como la interacción entre la alteración del estado de ánimo conformada por diferentes patrones de comportamiento clínicamente significativos, caracterizada por una alteración del humor asociada al malestar personal (American Psychiatric Association, 1993, 2013) y la desesperanza que hace referencia al conjunto de expectativas que se constituyen en un

estilo atribucional caracterizado por inferencias negativas acerca de las experiencias y los sucesos vitales así como expectativas negativas hacia el futuro (Kamath et al., 2007; Kuo et al., 2004; Runeson et al., 2010).

En relación con el riesgo suicida, la depresión y la desesperanza se han considerado como variables intervinientes en la aparición y mantenimiento del fenómeno. Al respecto existen varios estudios que documentan la existencia de una relación significativa entre depresión y conducta suicida (Cova, Rincón y Melipillán, 2007, Fleming, 2007; Ortin, Lake, Kleinman y Gould, 2012; Shaffer et al., 2004; Shaffer et. Al., 1996a; Shaffer et. Al., 1996b; OMS, 2008).

Uno de los trastornos con mayor prevalencia en personas que muestran riesgo suicida alto es la depresión, tanto que el suicidio se ha considerado como la complicación más grave de la depresión (Gómez et al., 2013).

Así mismo se ha definido que uno de los rasgos propios de personas con riesgo suicida es la desesperanza elevada. La desesperanza hace alusión a un conjunto de expectativas negativas hacia el futuro y se considera como un factor relevante en el estudio del riesgo suicida, considerando que es un componente fuerte de la depresión y se le reconoce como un elemento central en la predicción del suicidio (Gómez, Núñez y Lolas, 1992; Gómez et al., 1998; Runeson, Tidelman, Dahlin, Lichtenstein y Langström, 2010; Souminen, Isometsa y Lönquist, 2004).

La desesperanza funciona como un estilo atribucional que favorece el desarrollo de inferencias negativas sobre las experiencias y sucesos vitales que experimenta el individuo, cuestión que la convierte en un factor cognitivo importante para la predicción del intento suicida. Varios estudios sobre el tema exponen que la desesperanza diferencia a las personas que intentan suicidarse una vez, de aquellos que repiten este suceso (Kamath, Reddy y Kandavel, 2007; Kuo,

Gallo y Eaton, 2004) y que entre mayor es el nivel de desesperanza, mayor, es la gravedad del intento (Sololff, Lynch, Kelly, Malone y Mann, 2000).

Según Fawcett, Bush, Jacobs, Kravitz y Fogg (1997), el suicidio es resultado de un estado de desesperanza motivado por la necesidad de escapar a la realidad vivenciada.

5.3.2 Ideación, planeación y autolesión

Hace alusión al continuo de suicidabilidad creciente en el adolescente y que involucra las ideas e intentos suicidas, es decir, pensamientos e ideas recurrentes acerca de querer quitarse la vida y las acciones o comportamientos encaminados a la consecución de esta meta (Borges et al., 2006; Gómez, 2012; Powell et al., 2000).

Los adolescentes con riesgo suicida elevado han considerado previamente la idea de quitarse la vida se trata de un proceso en el cual, el sujeto progresivamente se va persuadiendo acerca de porque quitarse la vida y cómo hacerlo. En este sentido Beck, Kovacs y Weissman (1976), declararon que las ideas, los intentos y el suicidio forman parte de un continuo de suicidabilidad creciente.

Referente al intento suicida, se ha determinado que la mitad de los adolescentes que cometen suicidio han tenido intentos previos (Cooper et al. ,2005) y se cree que adolescentes con intento suicida presentan un riesgo suicida elevado, particularmente en los diez años siguientes puesto que la mitad de quienes cometen suicidio lo han intentado previamente (Harriss, Hawton y Zahl, 2005; Vadeear, Urra y Yáñez, 2011).

Algunas investigaciones refieren que el riesgo de suicidio permanece durante varios años después del primer intento, pero este es mayor en los primeros doce meses posteriores al intento,

así mismo el método puede ser más letal en tentativas futuras (Baader, Urra, Millán y Yáñez, 2011; Isometsa, 2001; Owens, Horrocks y House, 2002; Sakinofsky, 2000; Zahl y Hawton, 2004).

5.3.3 Aislamiento/soprote social

Se refiere a las interpretaciones del adolescente frente al contacto con otras personas y la apreciación subjetiva de tener poco contacto o relacionamiento con otras personas, ello incluye sentirse poco valorado por el contexto relacional significativo (Cacioppo y Cacioppo, 2014). Si bien esta categoría se ha analizado en adultos mayores, surge la necesidad de explorarla a profundidad en adolescentes con riesgo suicida.

La necesidad de adaptación a los cambios físicos, psicosociales y a los factores del contexto convierten a la adolescencia en un periodo de mayor vulnerabilidad para la aparición de problemas de salud, incluyendo aquellos de la esfera mental, emocional y social, especialmente si a ello se le suman acontecimientos que aumentan la carga emocional, como rechazo por parte de la pareja, falta de comunicación con los padres, dificultades para alcanzar las aspiraciones propias o las expectativas de los padres, y conflictos familiares. la salud mental de los adolescentes está influenciada por los sentimientos de bienestar que incluyen la capacidad de interactuar socialmente, afrontar el estrés en los periodos difíciles, e implicarse en relaciones y actividades con los demás (Ong, Uchino y Wethington, 2016).

El aislamiento social puede ser una experiencia que se espera en cierto grado durante la adolescencia, teniendo en cuenta que ésta es una etapa en la cual las expectativas, los roles, las relaciones y las identidades sufren cambios significativos. El paso a la adolescencia implica para los jóvenes el desarrollo de expectativas hacia sus relaciones sociales, esperando lealtad, apoyo e intimidad; y que sufren, además, un cambio frente a las creencias, los valores y ideologías de los amigos, con los que antes solo compartían ciertas actividades (Cacioppo, Grippo, London, Goossens y Cacioppo, 2015).

5.3.4 Falta de apoyo familiar

Se define como las dificultades que percibe el adolescente en su contexto familiar y poco apoyo por parte de los miembros de la familia que se traduce en poca atención a las necesidades emocionales del joven (Larraguibel et al. 2000; Monge, et al. 2007; Oliva, 2006; Sánchez-Loyo, et al., 2014; Urzúa y Caqueo-Úrizar, 2010).

Con relación a la familia, esta se considera como una estructura social que brinda soporte al niño y adolescente no solo para desarrollar procesos de socialización y aprendizaje sino, además, para favorecer su desarrollo emocional y la consolidación de estrategias adecuadas que le permitan hacer frente a situaciones estresantes, resolver problemas cotidianos y sentirse seguros. En tanto, otros estudios exponen que los adolescentes, tienen mayores recursos protectores frente al suicidio, cuando sus padres atienden a sus necesidades emocionales y se comunican adecuadamente (Monge, Cubillas, Román y abril, 2007; Oliva, 2006). Así mismo, la ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar aparecen como los factores más frecuentemente asociados a la conducta suicida (Larraguibel et al., 2000).

Los cambios en la estructura familiar pueden hacer difícil para los adolescentes obtener apoyo, guía y satisfacción de las necesidades interpersonales básicas. Aspectos como desintegración familiar, familias reconstituidas, entre otros, disminuyen las relaciones familiares y aumentan comportamientos como abuso de drogas, problemas emocionales y de la conducta, y bajo desempeño escolar (Royo, 2017).

Al parecer, las relaciones familiares son fundamentales para poblaciones latinas, tanto que se ha hallado que los problemas familiares se correlacionan con el intento suicida, independientemente de la presencia de trastornos mentales (Fortuna, Pérez, Canino, Sribney y Alegria, 2007).

La familia como célula fundamental de la sociedad participa de forma importante en las decisiones o conductas que pueden o no tomar sus miembros. La ruptura, desorganización, ausencia de lazos familiares durante la infancia y las disputas y desavenencias conyugales en los adultos; son los motivos desencadenantes que con mayor frecuencia determinan la conducta suicida (Oliva, 2006).

En las tentativas de suicidio juveniles, las distorsiones de las relaciones afectivas intrafamiliares parecen tener mayor influencia que en las demás características de la estructura familiar: familia de origen o de adopción, filiación legítima, natural o adoptiva, etc. La familia es el núcleo de socialización básico influye decisivamente en el mantenimiento y adecuación de los demás vínculos interpersonales del individuo. Suelen acompañarse de dificultades o deterioro de la adaptación social, favoreciendo las situaciones de desarraigo y aislamiento que facilitan el acto suicida (Gerçön y Or, 2006).

5.4 Factores de riesgos suicidas en la adolescencia

El aumento del suicidio en la etapa de la adolescencia y el conocimiento sobre las circunstancias sociales, características personales y condiciones en general que anteceden o precipitan el acto suicida, ha alcanzado un gran interés para los investigadores, precisamente cuando el suicidio ha llegado a convertirse en la segunda causa de muerte entre el grupo de 15 a 29 años de edad (OMS, 2017).

Buendía (2004) destaca algunas de las variables que han recibido mayor atención en múltiples estudios sobre el tema, como es el caso de la depresión, la desesperanza, disfunción familiar y problemas académicos.

Pérez (1996) mencionan la incidencia de factores culturales y sociodemográficos asociados al suicidio adolescente. Entre los factores implicados en este ámbito se describen los problemas socioeconómicos, los bajos niveles educacionales y el desempleo pues limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades elementales. En la adolescencia, el suicidio está relacionado con características propias de este ciclo vital, como, por ejemplo, dificultades en el manejo de impulsos, baja tolerancia a la frustración y la tendencia a reaccionar polarizadamente, en términos de “todo o nada”. Sin embargo, habitualmente el fin último no es el consumir la muerte, sino más bien parece ser un grito desesperado para obtener ayuda, dado que percibe su situación y a sí mismo como sin posibilidades de salida y/o esperanza”.

Por su parte Shaffer y Pfeffer (2001) exponen que los pensamientos suicidas son comunes en niños y adolescentes de ambos géneros y no están asociados con otros rasgos de psicopatología. Los trastornos del humor y de ansiedad incrementan el riesgo de ideación suicida. Los ataques de pánico son un factor de riesgo para ideación o intentos suicidas en las mujeres, mientras que la agresividad incrementa el riesgo de ideación o intento de suicidio en los varones. Los adolescentes que intentan el suicidio tienden a tener psicopatología asociada que los que sólo tienen ideas suicidas. Los jóvenes homosexuales y bisexuales están en riesgo incrementado de intentos de suicidio, teniendo a menudo múltiples factores (depresión, intentos de suicidio previos, abuso de sustancias, victimización sexual, conflictos familiares, entre otros), como lo están los adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual o abuso físico infantil.

Por otro lado, Cabra, Infante y Sossa (2010) dentro de sus conclusiones realizadas en su investigación plantean que el comportamiento suicida es un fenómeno multifactorial que incluye

factores causales biológicos, psicológicos sociales; por lo cual, es primordial conocerlos y también conocer de qué manera se puede llegar a intervenir.

Es importante tener presente que los factores de riesgo para conductas suicidas son rasgos individuales, pues lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros no representa problema alguno. Finalmente, reportan que el grupo de edad más afectado en general dentro de la población infantil oscila entre los 10 a 13 años, que podría ser explicado por los cambios profundos que se presentan a esta edad con motivo del inicio de la pubertad.

Estudios de autopsia psicológica realizados por Brent y colaboradores en 1999 el 90% de los suicidios adolescentes ocurre en individuos con un trastorno psiquiátrico preexistente, en aproximadamente la mitad de éstos, el trastorno psiquiátrico ha estado presente por dos o más años y aproximadamente un tercio de los suicidas ha hecho un intento de suicidio previo conocido.

Sin embargo, la mayoría de los suicidios adolescentes parecen ser impulsivos (Shaffer y Pfeffer, 2001). Las formas más comunes de trastorno psiquiátrico encontradas en los suicidios consumados son:

- 1) Trastornos del humor, en los varones a menudo asociado con trastorno de conducta o abuso de sustancias.
- 2) Abuso de alcohol y/o sustancias, particularmente en varones mayores de quince años de edad.
- 3) Mujeres que sufren de un trastorno depresivo mayor también parecen tener pensamientos sobre el suicidio por algún tiempo y a menudo habrán hecho alguna preparación para su muerte.

Se han descrito algunos atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer suicidio como: Inestabilidad del ánimo, conducta agresiva, conducta disocial, elevada impulsividad, rigidez de pensamiento y terquedad de la conducta, pobres habilidades para resolver problemas, incapacidad para pensar realistamente, fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad, sentimientos de frustración, manifestaciones de angustia ante pequeñas contrariedades, elevada autoexigencia que rebasa los límites razonables, sentimientos de ser rechazado por otras figuras significativas, dificultades con la aceptación de la orientación sexual, relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos, frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza, ser frecuentemente heridos con la mínima crítica (Pérez, 1996).

El modelo teórico ecológico de Bronfenbrenner ha sido ampliamente usado en investigaciones sobre los factores asociados a la conducta suicida (Ayyash-Abdo, 2002). Dicho modelo plantea cómo la interacción de sistemas puede influir en cada persona de modo significativo:

5.4.1 Factores individuales (desarrollo ontogénico). Se encuentra la depresión como factor de mayor riesgo para el suicidio e ideación suicida en adolescentes. También las adicciones, principalmente drogas y alcohol, se asocian a la conducta suicida.

Algunos estudios han encontrado asociación entre la ideación, intento suicida y algunas prácticas sexuales de riesgo. Sin embargo, no resulta claro si ciertas conductas sexuales pueden ser consideradas como marcador de riesgo para la conducta suicida o viceversa. Dado que existe evidencia de que el abuso y la violencia sexual se asocian a ideación e intento suicida y estas, a su vez, pueden tener repercusiones en la sexualidad, es posible que la relación entre la ideación, intento suicida y la conducta sexual se explique más bien por un efecto mediador del abuso

sexual. Según las estimaciones epidemiológicas, los hombres que han sufrido abuso sexual se suicidan más, mientras que las mujeres lo intentan en mayor medida.

5.4.2 Factores familiares (microsistema). Pertenecer a familias con niveles bajos de cohesión, presentar conflictos con padre y/o madre, presenciar discusiones familiares por problemas económicos, desempleo, antecedente de conducta suicida en algún familiar cercano, entre otros, posibilitan la ideación e intento suicida.

5.4.3 Factores del ecosistema. Se refiere a las "estructuras sociales" (por ejemplo: la escuela, la colonia); cómo percibe su entorno, si es o no violento, agresivo.

5.4.4 Factores del macrosistema. Capa exterior, implica la cultural y creencias. Establece roles de género y otras conductas prediseñadas.

Según Pérez Barrero (1999), los factores asociados a la cultura adquieren mucha importancia en entre las minorías étnicas y los inmigrantes, que se ven sometidos a un proceso de impacto cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres, ya que deben hacer esfuerzos constantes por lograr adaptarse a la nueva cultura, tienen sentimientos de duelo y pérdida y pena, con recuerdos de los amigos, familiares, la profesión, las posesiones y cuanto se ha dejado atrás, sentimientos de ser rechazado por los miembros de la nueva cultura, angustia, disgusto e indignación, confusión en el rol, las expectativas, los valores y la identidad ante la nueva cultura, todo esto crea una sensación de incapacidad de adaptarse a la nueva cultura.

Así mismo, la mudanza o migración interna, especialmente de zonas rurales a urbanas pueden ser un factor de riesgo de suicidio de importancia en la adolescencia, principalmente cuando no se logra la adaptación creativa al nuevo entorno.

Entre los factores familiares relacionados con el suicidio adolescente Pérez (1996) cita los siguientes:

- Presencia de padres con trastornos mentales.
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.
- Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Pobre comunicación entre los integrantes de la familia, con dificultades para demostrar afectos.
- Frecuentes riñas y manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad.
- Separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio.
- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.
- Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- Situación de hacinamiento, convivencia de varias generaciones en un breve espacio.
- Autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores, con exigencias desmedidas o total falta de exigencia.
- Incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente.

- Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés.
- Llamadas constantes de atención al adolescente con un carácter humillante.
- Padres divorciados o separados que utilizan al adolescente para agredirse mutuamente, creando una imagen desfavorable del progenitor.

5.5 Generalidades sobre la Adolescencia

La adolescencia puede ser comprendida como un proceso de transición de la niñez a la adultez y que conlleva a diversos cambios importantes que van desde el desarrollo físico, el desarrollo cognoscitivo y el desarrollo psicosocial y comprende las edades de 11 a 19 o 20 años (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

Para Casullo (2006) la etapa evolutiva designada como adolescencia (trece a dieciocho años) supone, desde una perspectiva cognitiva, que el sujeto está en posesión de habilidades que lo capacitan para las operaciones formales de pensamiento: el adolescente puede analizar posibilidades, no sólo realidades concretas, y por ello, elaborar complejos sistemas de razonamiento, reconstruyendo el universo de su infancia. En el reconocimiento de la posibilidad de no ser la realidad psíquica incorpora tanto lo permanente como lo transitorio, las variancias e invariancias.

La adolescencia se puede definir como una etapa del ciclo vital humano, ubicado entre la niñez y la adultez. A través de la historia esta etapa se ha considerado un “período puente”, dando solo importancia a los otros dos períodos de la vida mencionados.

Esto ha influido en un concepto erróneo y hasta discriminativo hacia los adolescentes, ya que se considera un lapso en que las personas se vuelven inestables, irritables, rebeldes, etc.

En la actualidad se ha llegado a evidenciar la adolescencia como una fase de gran importancia, que implica a su vez profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, gran parte de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, las cuales explican el efecto social de subestimar y minimizar las capacidades de quienes se encuentran en este lapso que es fundamental para el desarrollo posterior de la vida del individuo.

Lo anterior en nuestro medio puede visualizarse fácilmente cuando se analizan los servicios de atención destinados a estos usuarios, que la mayoría de las veces no cuentan con atención diferenciada, o a nivel de la comunidad cuando muchos jóvenes son aislados o discriminados por su apariencia o evidenciando la poca inversión social que se destina a este grupo etario.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa del desarrollo vital humano que transcurre entre los 10 y 19 años, sin embargo, existe una dificultad importante para definir el momento exacto en el que finaliza la adolescencia ya que si bien existe consenso en cuanto al momento en que empieza la adolescencia (pubescencia), el término de esta etapa no depende de factores biológicos, sino de factores socio-culturales.

Según Valverde et al. (2001) los períodos en que se ha dividido la adolescencia para el mejor entendimiento del desarrollo de esta etapa son:

La adolescencia temprana: Período ubicado entre los 10 y los 13 años de edad, bajo las siguientes características:

- Crecimiento físico acelerado (evidenciado en el aumento de peso, estatura y los cambios en las formas y dimensiones corporales).
- Aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcada en el varón.

- Cambios que no siempre ocurren de forma armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora e incoordinación, fatiga fácil, etc.
- Se pueden generar trastornos emocionales y conductuales transitorios.
- Gran cantidad de cambios relacionados con el inicio de la aparición de las características sexuales secundarias y el inicio de la capacidad reproductiva.
- Cambios incipientes en la relación con el padre, la madre y otras figuras adultas de autoridad.
- Se tiende al aislamiento, cuya función es permitir explorar y asimilar poco a poco los cambios físicos y psicológicos.
- Los cambios son fuentes de angustia.
- Una de las áreas más vulnerables de esta etapa es la autoestima.
- Cambios incipientes en la relación con el padre, la madre y otras figuras adultas de autoridad.
- Se tiende al aislamiento, cuya función es permitir explorar y asimilar poco a poco los cambios físicos y psicológicos.
- Los cambios son fuentes de angustia.
- Una de las áreas más vulnerables de esta etapa es la autoestima

La adolescencia media: Período ubicado entre los 14 y los 16 años con las siguientes características:

- Mayor integración del nuevo esquema corporal junto a una mayor preocupación por su apariencia física.
- Transición hacia una forma de pensamiento mucho más abstracta y simbólica.
- Mayor capacidad para reconocer limitaciones y potencialidades lo que posibilita una capacidad más realista para pensar en proyectos futuros.

- Mayor diferenciación respecto de los padres a quienes cuestiona en forma más abierta debido fundamentalmente a la consolidación de un sistema de valores propio.
- Intensificación de los vínculos sociales aparejada a una mayor necesidad e importancia de las relaciones amistosas con los y las pares.
- Inicio de las primeras experiencias de sexualidad genital.
- La sexualidad es una de las áreas que cobra mayor relevancia en esta etapa.

La Adolescencia tardía: Ubicado entre los 17 y 19 años caracterizado por:

- Adquisición de mayor independencia
- Adquisición de mayor estabilidad emocional
- Proceso de consolidación de su identidad
- Conformación de un proyecto de vida, lo que es el área de mayor preocupación para las personas en esta etapa.

En general y a modo de resumen la adolescencia se caracteriza, según Pérez Barrero (1996) por eventos universales y aspectos psicosociales que están integrados en una serie de particularidades como lo son:

- Búsqueda de sí mismo y de su identidad.
- Necesidad de independencia.
- Búsqueda de aceptación grupal.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
- Relaciones conflictivas con los padres que fluctúan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.

- Actividad social reivindicativa, tornándose más analíticos, con pensamientos simbólicos, en los que formulan sus propias hipótesis y llegan a conclusiones propias.
- Elección de una ocupación para la que necesitarán adiestramiento y capacitación para su desempeño.
- Necesidad de asumir un nuevo rol social como partícipe de una cultura o subcultura específica

Lo anteriormente expuesto se anota con el fin de servir como marco contextual previo a tratar el tema del suicidio adolescente, ya que las particularidades y características de esta etapa se ven íntimamente relacionadas con los riesgos más comunes del adolescente.

A la luz de la Teoría Ecológica del Desarrollo Humano (Bronfenbrenner, 1987) se concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro, y el adolescente transita en tales niveles ecológicos. Bronfenbrenner denomina a esos niveles el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema.

El microsistema constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo (usualmente la familia); el mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente; al exosistema lo integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo; finalmente, al macrosistema lo configuran la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad.

Bronfenbrenner (1987) argumenta que la capacidad de formación de un sistema depende de la existencia de las interconexiones sociales entre ese sistema y otros. Todos los niveles del

modelo ecológico propuesto dependen unos de otros y, por lo tanto, se requiere de una participación conjunta de los diferentes contextos y de una comunicación entre ellos.

De acuerdo con este modelo, la familia representa al microsistema; en este nivel más interno del modelo se localiza el entorno más inmediato y reducido al que tiene acceso el adolescente. El microsistema refiere las relaciones más próximas del adolescente con su familia, es el escenario que conforma este contexto inmediato. Este puede funcionar como un contexto efectivo y positivo de desarrollo del adolescente o puede desempeñar un papel destructivo o disruptor de este desarrollo (Bronfenbrenner, 1987).

La escuela en donde desarrolla las actividades académicas el adolescente, sus pares, el barrio y quizá su mundo de trabajo constituirían su mesosistema, en donde se logran identificar una transición ecológica del adolescente en sus entornos. La escuela constituye un lugar preponderante en el ambiente de los adolescentes; ellos permanecen una gran parte de su tiempo en este lugar, el que contribuye a su desarrollo intelectual, emocional y social.

Mientras que en su exosistema incluye los entornos socioeconómicos del adolescente, las comunidades a las cuales pertenece y su sistema de valores.

El macrosistema comprende el ambiente ecológico que abarca mucho más allá de la situación inmediata que afecta al adolescente. Es el contexto más amplio y remite a las formas de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en la cultura o subcultura (Belsky, 1980; Bronfenbrenner, 1987), en este caso colombiana. En este nivel se considera que el adolescente se ve afectado profundamente por hechos en los que ni siquiera está presente. La integración en la sociedad es parte de la aculturación de los adolescentes a las instituciones convencionales, las normas y las costumbres (Angenent y Man, 1996).

El contexto ecológico más amplio lo constituyeron las cualidades de la comunidad en las que está inmersa la familia del adolescente, tales como la pobreza, la ausencia de servicios, la violencia, la desorganización social, la carencia de identidad dentro de sus miembros, y la falta de cohesión en ella. Por su parte, el contexto sociocultural estaría formado por los valores y las creencias culturales.

Los adolescentes no se desarrollan en el vacío. Se desarrollan dentro de los múltiples contextos de sus familias, comunidades y países. Los adolescentes están influenciados por sus compañeros, sus familiares y por otros adultos con los que entran en contacto, y por las organizaciones religiosas, las escuelas y los grupos a los que pertenecen. También por los medios de comunicación, las culturas en las que crecen, los líderes nacionales y de la comunidad y los sucesos del mundo. Son en parte un producto del entorno y de las influencias sociales.

6. Diseño metodológico

Esta investigación está enmarcada en el paradigma empírico analítico, ya que el abordaje metodológico de los datos es de corte cuantitativo, con un diseño no experimental, un alcance investigativo de tipo ex post facto o mediante encuestas y transversal, ya que su objetivo es identificar si existen diferencias significativas entre los factores de riesgo de los adolescentes que han tenido antecedentes de conductas suicidas con los que no lo han tenido, en un momento determinado (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

6.1 Participantes

La muestra seleccionada incidentalmente está conformada por 121 adolescentes (92,6% mujeres y 7,4% varones) con edades comprendidas entre los 12 a 17 años ($M = 14,34$; $DT = 1,40$), con antecedentes de conductas suicidas (51,2%) y sin antecedentes (48,8%). La mayoría

de los participantes estaban solteros (94,8%), residían en estrato uno (52,5%) y tres (31,7%) y tenían estudios de bachillerato (91,7%). Además, el 95% informó que no habían tenido antecedentes clínicos de salud mental frente a un 5% que manifestó haber presentado trastorno de depresión (3,4%) y bipolar (1,6%). Para la muestra clínica, se seleccionaron 62 adolescentes con antecedentes de conductas suicida (14,5% varones y 85,5% mujeres), con una media de edad igual a 14,56 ($DT = 1,49$). Mientras que la muestra no clínica, estaba conformada por 59 adolescentes sin antecedentes de conductas suicida (100% mujeres), con una media de edad igual a 14,10 ($DT = 1,26$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en función de la edad entre la muestra clínica y la no clínica.

A continuación, en la Tabla 1 se presentan el resto de las características sociodemográficas tanto para la muestra clínica como no clínica.

Tabla 1

Características Socio demográficas

	Clínica		No Clínica	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Género				
Mujer	53	85,5%	59	100%
Hombre	9	14,5%	-	-
Estado Civil				
Soltero	59	96,7%	51	92,7%
Unión libre	2	3,3%	3	5,5%
Casado	-	-	1	1,8%
Estrato Social				
Uno	34	55,7%	29	49,2%
Dos	13	21,3%	25	42,4%
Tres	13	21,3%	5	8,5%
Cuatro	1	1,6%	-	-
Nivel Educativo				
Primaria	4	6,5%	6	10,3%
Bachillerato	58	93,5%	52	89,7%
Religión				
Cristiana	14	23%	18	30,5%

Católica	38	62,3%	28	47,5%
Budista	-	-	1	1,7%
Otra	-	-	7	11,9%
Ninguna	9	14,5%	5	8,5%
<hr/>				
Antecedentes de SPA				
Si	13	21%	-	-
No	49	79%	59	100%
<hr/>				
Antecedentes de Violencia				
Si	16	26,2%	2	3,4%
No	45	73,8%	57	96,6%
<hr/>				
Nota: SPA = Sustancias Psicoactivas				

6.2 Criterios de selección de la muestra

Para la muestra clínica los criterios de inclusión fueron ser adolescente, estar escolarizado, tener antecedentes de conductas suicida y haber sido reportado en la base de datos de la Secretaría de Salud Distrital. Para la muestra no clínica los criterios de inclusión fueron ser adolescente, estar escolarizado y no tener antecedentes de conductas suicidas.

6.3 Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico. Se empleó un cuestionario sociodemográfico para recoger información sobre la edad, el género, estado civil, estrato socioeconómico, nivel educativo, personas que vive con el adolescente, situación entre sus padres (separados, divorciados, padre o madre soltero, huérfano de un padre o ambos) percepción del adolescente de la relación de sus padres, nivel educativo de los padres, religión, antecedentes de enfermedad mental del adolescente y su familiares, antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas, antecedentes de abuso sexual o maltrato (Anexo 1).

Escala para la Evaluación de Riesgo Suicida en Adolescentes – ERS (Bahamón y Alarcón-Vásquez, 2018). Se trata de una escala tipo Likert diseñada y validada en Colombia,

compuesta por 20 ítems con seis opciones de respuesta donde 1 es *totalmente en desacuerdo*, 2 *en desacuerdo*, 3 *parcialmente en desacuerdo*, 4 *parcialmente de acuerdo*, 5 *de acuerdo*, 6 *totalmente de acuerdo*. Los ítems se refieren a afirmaciones pensando en lo ocurrido en los últimos seis meses. Evalúa los siguientes factores: 1) depresión y desesperanza, 2) ideación, planeación y autolesión, 3) aislamiento/soporte social, 4) falta de apoyo familiar (Anexo 2). La fiabilidad de consistencia interna fue buena, en la muestra clínica la fiabilidad fue $\alpha = 0,96$ y en la muestra no clínica la fiabilidad fue $\alpha = 0,94$.

6.4 Procedimiento

La investigación se desarrolló en 3 fases:

Fase de la construcción de la investigación: en esta fase se realizó el estado del arte y la revisión bibliográfica que fundamenta la investigación.

Fase de diseño metodológico: durante esta fase se determinó el diseño metodológico que se utilizó en la investigación. Se seleccionó la muestra conforme a los criterios de inclusión y se tomaron los consentimientos informados (Anexo 3) por parte de los adolescentes y sus representantes legales.

Fase de recolección y análisis de datos: En primer lugar, se citaron en diferentes fechas a los adolescentes de la muestra clínica (adolescentes con antecedentes de conductas suicidas) por correspondencia a las direcciones y datos de contactos suministrados en la base de datos por la Secretaría de Salud Distrital. De manera grupal, tanto a los padres como a los adolescentes convocados, se les explicó la investigación sus objetivos, componente ético y científico, así como la firma de los consentimientos informados, antes de proceder con la aplicación de los

instrumentos. Se procede a la explicación de los instrumentos que se aplicaron (ERS y Encuesta Sociodemográfica).

Por otra parte, para la ubicación de la muestra no clínica (adolescentes sin antecedentes de conductas suicidas) se contacta en dos instituciones educativas adolescentes que cumplan criterios de inclusión en referencia, mediante autorización previa de las instituciones educativas, explicación de la investigación y listado de adolescentes suministrados por las psicorientadoras. Una vez se cuenta con dicha autorización, se convocan en el plantel educativo a los padres de familia de los adolescentes previamente identificados, y de manera grupal, se les explicó la investigación sus objetivos, componente ético y científico, así como la firma de los consentimientos informados, antes de proceder con la aplicación de los instrumentos.

Para ambos momentos previamente descritos, los adolescentes tardaron un tiempo aproximado de 30 minutos para responder el cuestionario sociodemográfico y la Escala de Riesgo Suicida. Finalmente, se procesaron los resultados con los objetivos que fueron planteados y ayuda de programas de computación especializados, como el paquete estadístico SPSS (Statisthycal Program for Social Sciencies).

Todos los participantes fueron voluntarios y ninguno de ellos recibió compensación alguna por su participación en la presente investigación.

7. Resultados

En primer lugar, se obtuvieron los estadísticos descriptivos para las variables evaluadas. Así pues, se presentan las puntuaciones medias en las siguientes representaciones gráficas, histogramas.

Respecto a la Figura 1, se observa que las puntuaciones se distribuyen de manera más o menos simétrica y leptocúrtica, pues existe un apuntamiento mayor de las frecuencias teniendo en cuenta la curva de la normal. Sin embargo, como se observa en la Figura 2, las puntuaciones se distribuyen de manera asimétrica con cola a la izquierda y leptocúrtica. Así pues, a simple vista se observa que las puntuaciones de la muestra clínica en la dimensión depresión y desesperanza son mayores que las reportadas por la muestra no clínica.

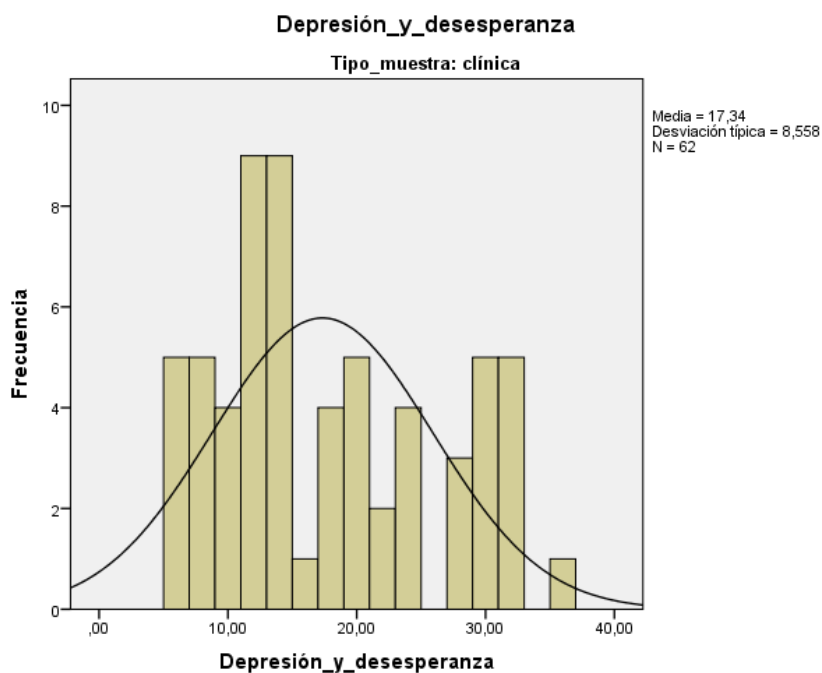


Figura 1 Histograma de la dimensión depresión y desesperanza de la muestra clínica

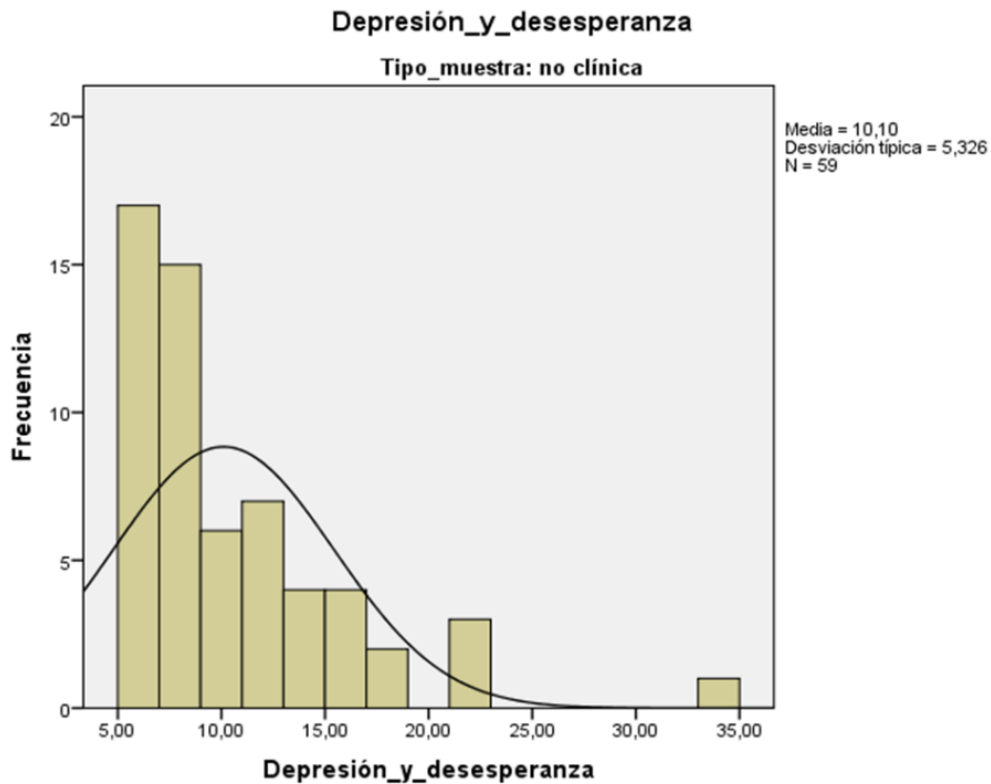


Figura 2 Histograma de la dimensión depresión y desesperanza de la muestra no clínica

En la Figura 3, las puntuaciones se distribuyen de manera leptocúrtica, con asimetría hacia la derecha (asimetría positiva). Mientras en la Figura 4, se observa que las puntuaciones se distribuyen de manera más o menos simétrica y leptocúrtica, pues existe un apuntamiento mayor de las frecuencias teniendo en cuenta la curva de la normal. Por lo que se puede apreciar que las puntuaciones en la dimensión aislamiento – soporte social son más altas en la muestra clínica que en la no clínica.

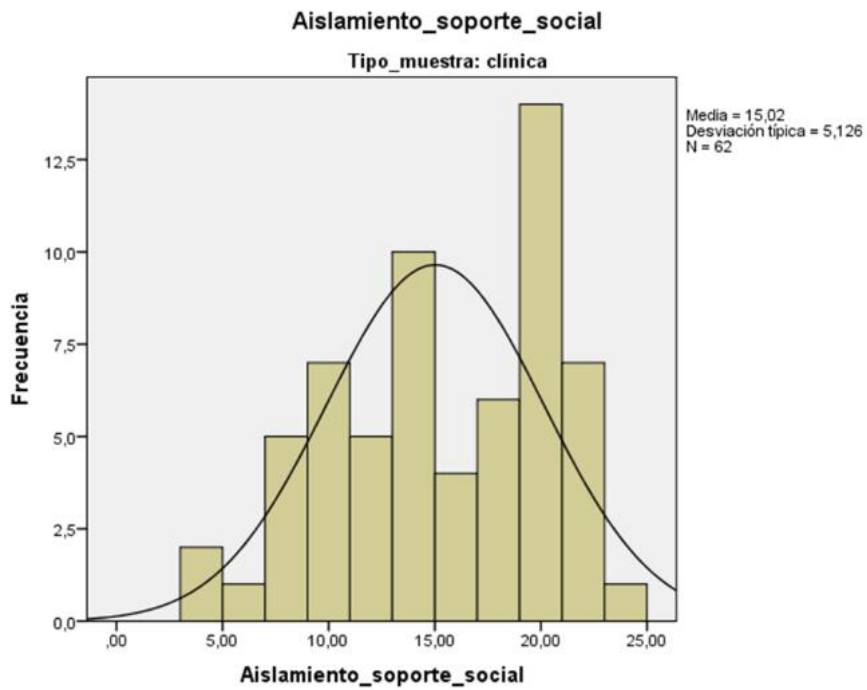


Figura 3 Histograma de la dimensión aislamiento – soporte social de la muestra clínica

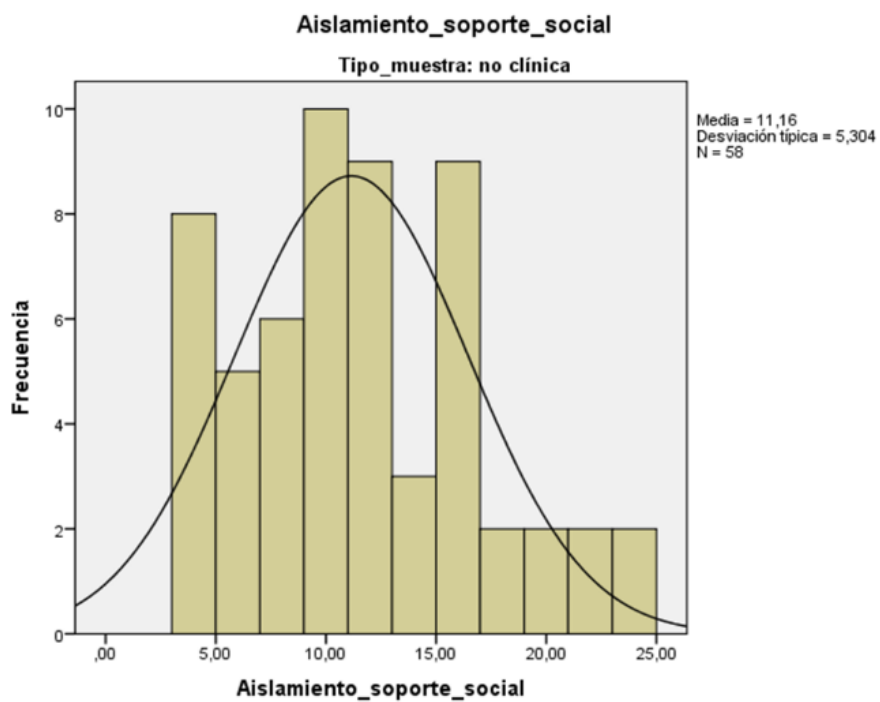


Figura 4 Histograma de la dimensión aislamiento – soporte social de la muestra no clínica

Para la dimensión ideación, planeación y autolesión, en la Figura 5 se observa que para la muestra clínica las puntuaciones se distribuyen de manera leptocúrtica, más o menos simétricas, con relación a la curva normal. Mientras que para la muestra no clínica, se observa que las puntuaciones se distribuyen de manera leptocúrtica con asimetría negativa, pues la cola va hacia la izquierda (Figura 6). De lo anterior, se interpreta que las puntuaciones para dicha dimensión, se muestran más altas en la muestra clínica.

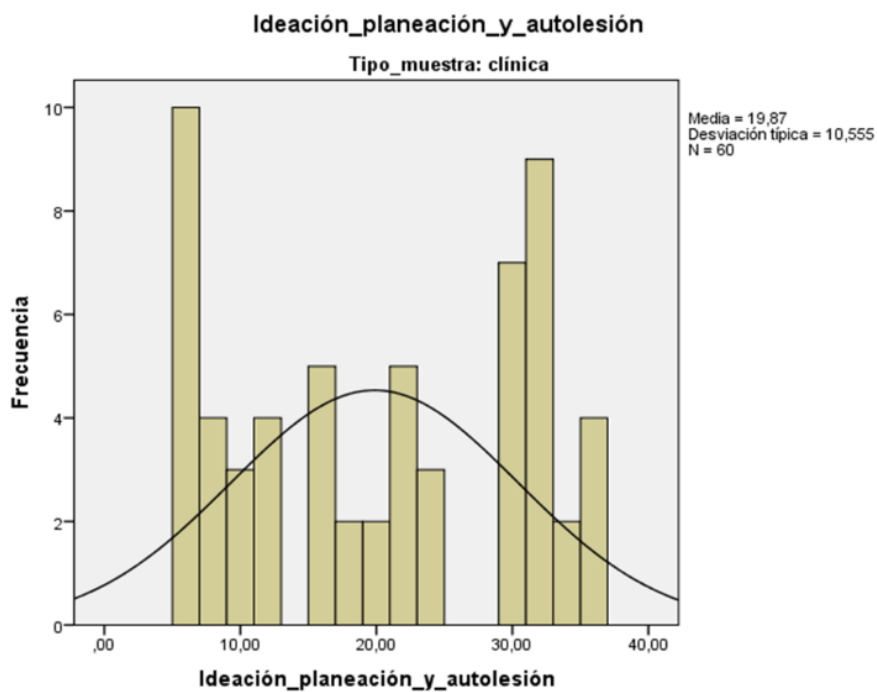


Figura 5 Histograma de la dimensión ideación, planeación y autolesión de la muestra clínica

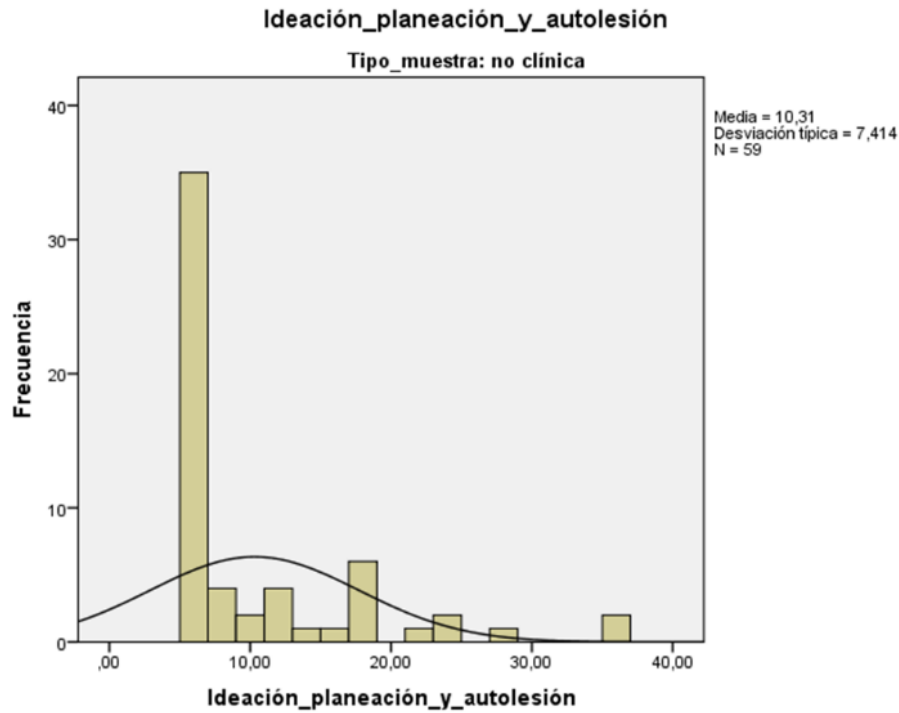


Figura 6 Histograma de la dimensión ideación, planeación y autolesión de la muestra no clínica

Finalmente, respecto a la Figura 7 se observa que las puntuaciones se distribuyen de manera más o menos simétrica y leptocúrtica, pues existe un apuntamiento mayor de las frecuencias teniendo en cuenta la curva de la normal. Por otra parte, en la Figura 8, las puntuaciones se distribuyen de manera asimétrica con cola a la izquierda y leptocúrtica. Por lo que se puede observar que las puntuaciones de la muestra clínica en la dimensión faltan de apoyo familiar son mayores que las reportadas por la muestra no clínica.

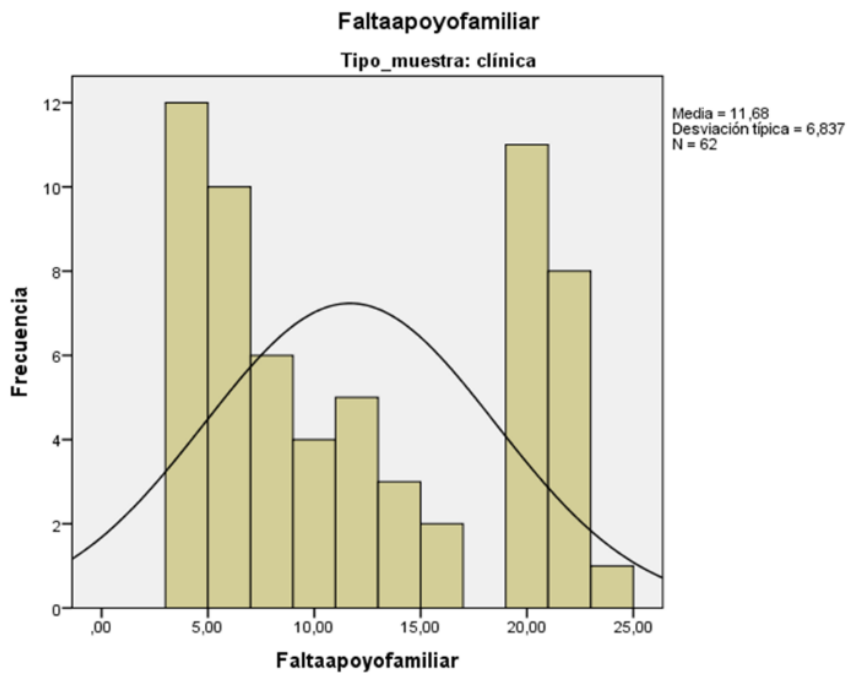


Figura 7 Histograma de la dimensión falta de apoyo familiar de la muestra clínica

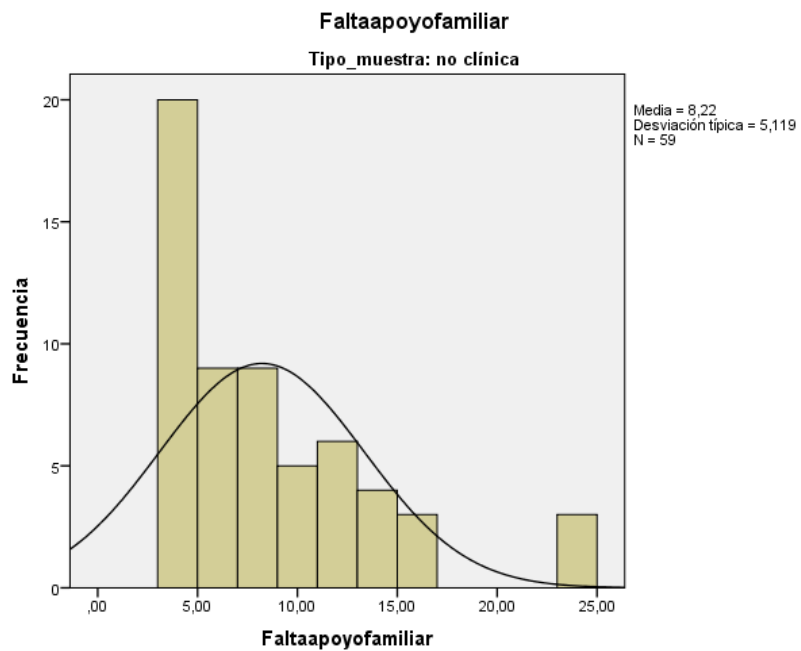


Figura 8 Histograma de la dimensión falta de apoyo familiar de la muestra no clínica

Seguidamente, tras obtener las puntuaciones medias para cada una de las variables evaluadas tanto en la muestra clínica como no clínica, se analizó si existían diferencias entre los grupos, para ello se empleó la prueba *t* de *student*. La muestra clínica mostró puntuaciones estadísticamente significativas más altas que la muestra no clínica en todas las dimensiones evaluadas. Es decir, la muestra clínica informó de mayor depresión y desesperanza, mayor ideación, planeación y autolesión, mayor aislamiento-soporte social y mayor falta de apoyo familiar. Estos resultados se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos para la muestra clínica y no clínica en las cuatro dimensiones evaluadas

Dimensiones	Muestra Clínica		Muestra no clínica		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	
Depresión y Desesperanza	17,33	8,55	10,1	5,32	5,55***
Ideación-planeación- autolesión	19,86	10,55	10,3	7,41	5,71***
Aislamiento - soporte social	15,01	5,12	11,15	5,3	4,05***
Falta apoyo familiar	11,67	6,83	8,22	5,11	3,14**

Nota. ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ *Fuente* propia del autor

8. Discusión

Se recuerda que el objetivo de esta investigación fue comparar el riesgo suicida en adolescentes con y sin antecedentes clínicos. Para ello se examinó si existían diferencias estadísticamente significativas en las siguientes dimensiones de la Escala para la Evaluación de Riesgo Suicida en Adolescentes – ERS (Bahamón y Alarcón-Vásquez, 2018): depresión-desesperanza, la disfunción familiar o falta de apoyo familiar, autolesiones-ideación suicida y el aislamiento social. Tras los resultados se comprueba que efectivamente los participantes con antecedentes de conductas suicidas mostraron puntuaciones más altas que los participantes sin antecedentes de suicidio.

Arenas, Gómez-Retrepo y Rondón (2016), concluyeron que existe mayor riesgo de ideación suicida grave en personas con trastorno mental, en particular depresión, trastornos de ansiedad y de rasgos limítrofes de la personalidad. Con relación a lo anterior los trastornos afectivos como la depresión y la bipolaridad, suelen estar directamente relacionados con otros fenómenos igualmente alarmantes como el suicidio, el cual ha incrementado sus índices de manera significativa en años recientes. Según la World Federation of Mental Health (WFMH; 2012) refiere que en los casos severos de depresión suelen terminar con intentos de suicidio o bien en suicidio consumado, así mismo el trastorno bipolar registra la mayor tasa de suicidio de todos los trastornos mentales. Tales investigaciones datan resultados similares a esta investigación, lo que confirma la necesidad de trabajar en actividades de prevención de manera prioritaria con la población ya identificada con enfermedad mental, especialmente población adolescente.

Así mismo, los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que los adolescentes con antecedentes de conductas suicidas manifiestan mayores niveles de desesperanza. Estos resultados son similares a los obtenidos en investigaciones previas que confirman que el riesgo suicida es la predicción con base en la experiencia previa de un sujeto y se está en mayor riesgo suicida cuando existen respuestas que se asocian a ideas y pensamientos vinculados a cómo autodestruirse; además de pensamientos de desesperanza donde el individuo piensa y siente que no existe ayuda para modificar su situación (Córdova, Estrada y Velázquez, 2013). Esta es la principal característica cognitiva de las personas suicidas, es el estado que más íntimamente se asocia a las ideas y deseos suicidas. Se correlaciona con la severidad de las tentativas suicidas, es más intensa cuando predominan motivaciones más claramente autodestructivas, y es un predictor de repetición (Abello, 2012; Forensis, 2017; Ministerio de Salud y Protección Social y Colombia, 2015; Royo, 2017).

De acuerdo al Programa Nacional de Prevención del Suicidio de Chile (2013), las personas con depresión que se sienten desesperanzadas, con sentimientos de culpa e inútiles, y que tienen delirios diversos, están en un alto riesgo de suicidio, lo que conlleva a confirmar los resultados de la presente investigación en la dimensión Depresión –Desesperanza dentro de la Escala ERS aplicada a los adolescentes con antecedentes suicidas.

La presencia de ideación suicida se considera como un signo de alerta que pone en evidencia la vulnerabilidad de la persona al suicidio. Algunos investigadores exponen que las ideas suicidas sumadas a la planificación del suicidio aumentan significativamente la probabilidad de su ejecución (Borges, Angost, Nock, Ruscio y Kessler, 2006; Powell, Geddes, Deeks, Goldacre y Hawton, 2000). Contrastado lo anterior, con los resultados obtenidos en la presente investigación, se logra identificar en aquellos adolescentes con antecedentes suicidas

altas puntuaciones en la dimensión ideación, planeación e intencionalidad suicida (autolesiones), a diferencia de aquellos adolescentes sin antecedentes clínicos.

Por otra parte con relación a la dimensión de aislamiento/soporte social de la escala administrada, el apoyo social percibido por los adolescentes se considera como un factor importante que puede activarse como riesgo o como factor protector. Si las cogniciones están referidas a ausencia de ese apoyo y cohesión, se determinará un factor importante de riesgo, en tanto si las interpretaciones de la persona enfocan hacia la contribución de apoyo y fuentes detectables de soporte se constituirá en un factor protector (Lamis y Jahn, 2012). Así, el aislamiento y las interpretaciones personales referidas a la ausencia de fuentes de apoyo o la ruptura de un lazo importante que se identificaba como proveedor afectivo, emocional o social aumenta el riesgo suicida en adolescentes. En esta investigación, para los adolescentes con antecedentes suicidas (muestra clínica), es claro que existe una mayor percepción de aislamiento social, ausencia de soporte social por parte de sus redes de apoyo identificadas como fuentes afectivas, emocionales o sociales.

Diferentes estudios han hallado que la disfunción familiar en niños y adolescentes se constituye en factor de riesgo significativo para la depresión (Jiménez, Murgui y Musitu, 2007) y el suicidio (Larraguibel et al., 2000; Sánchez-Loyo, et al., 2014; Urzúa y Caqueo-Úrizar, 2010;.).

En este sentido se ha identificado que los adolescentes que han realizado intentos suicidas provienen de familias más disfuncionales en comparación con aquellos que no lo intentan (Fortune y Hawton, 2007; Shur-Fen Gau et al., 2008; Silvikena y Kvernmob, 2007; Soo Kim y Sil Kim, 2008). Lo anterior confirma los resultados obtenidos en la presente investigación, en

donde los adolescentes con antecedentes suicidas (muestra clínica) evidenciaron mayores niveles de disfuncionalidad familiar, que aquellos adolescentes pertenecientes a la muestra no clínica.

También se ha detectado mayor presencia de ideación suicida en adolescentes de hogares desligados (Bahamón, Alarcón-Vásquez, García y Trejos, 2015; Pérez, Rodríguez, Dussán y Ayala, 2007; Sarmiento y Aguilar, 2011). Gencön y Or (2006) encontraron que la falta de sentido en conjunción con la desintegración familiar aumenta la probabilidad de suicidio.

Estos resultados y los estudios antes mencionados nos señalan la necesidad de evaluar los múltiples riesgos suicidas a la luz de las barreras o factores protectores con lo que cuenta el adolescente en sus diferentes sistemas de acción, para garantizar su integridad y la vida misma.

Por otra parte, es necesario señalar las limitaciones de la presente investigación. En primer lugar, es que los resultados no pueden ser generalizados a la población general dado que se empleó un muestro no probabilístico. Además, la muestra no clínica estuvo conformada solo por adolescentes mujeres. Por tanto, se recomienda para futuras investigaciones realizar estudios empleando un muestro probabilístico con el propósito de poder generalizar los resultados a la población general, así como incluir muestras conformadas tanto por varones como mujeres dentro de ambas muestras.

Finalmente se puede concluir que los resultados del presente estudio contribuyen a la validez predictiva de la Escala para la Evaluación de Riesgo Suicida en adolescentes – ERS (Bahamón y Alarcón-Vásquez, 2018), pues se comprueba que los adolescentes que han realizado conductas previas de suicidio puntúan más alto en depresión-desesperanza, la disfunción familiar o falta de apoyo familiar, autolesiones-ideación suicida y el aislamiento social, que aquellos sin antecedentes suicidas. Lo anterior nos permite intensificar la labor multi y transdisciplinaria de

diseñar un plan de acción y de prevención que contribuyan a la garantía del derecho a la vida en los adolescentes. Por tanto, son necesarias las políticas públicas, educativas, etc, con el fin de promover y disminuir los niveles en las variables evaluadas y contrastadas en la presente investigación.

9. Recomendaciones

Entre las principales recomendaciones para próximas investigaciones está la posibilidad de incluir en la muestra no clínica una población que contenga ambos géneros, ya que en la presente investigación por ser las adolescentes pertenecientes a una institución educativa femenina se limitó la muestra no clínica.

Se recomienda que la información recopilada contribuya al desarrollo de otras investigaciones que contribuyan a fortalecer los planes de intervención para la atención integral de adolescentes con riesgo suicidas. Proponiendo así líneas de acción terapéuticas claras para este ciclo vital, que ayuden a garantizar un buen desarrollo físico, emocional y cognitivo de los adolescentes en Colombia.

Los datos obtenidos en este estudio apoyan la idea de implementar mayores esfuerzos preventivos al interior de las familias y las escuelas. Identificar los adolescentes en riesgo de suicidio o de alteraciones de la salud mental y construir programas efectivos de prevención y programas de tratamiento es una prioridad; ya que en la actualidad en Colombia a pesar de los múltiples esfuerzos interdisciplinarios para minimizar este riesgo, este flagelo continúa perpetuándose entre los adolescentes, pues las múltiples formas de suicidio contemporáneas (internet y otras) van de la mano con la accesibilidad a todo lo que ofrece el País, cultural, social y económicamente.

10. Referencias

- Abello, L. D. y Cortes, P. O. (2012). Diseño de escala multidimensional de trastornos afectivos EMTA: Análisis psicométrico de confiabilidad y validez. *Psicología desde el caribe*, 29 (3). Recuperado de http://www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2012000300002&lng=es&nrm=iso
- Aguirre-Flórez, D. C., Castaño-Castrillón, J. J., Cañón, S. C., Marín-Sánchez, D. F., Rodríguez-Pabón, J. T., Rosero-Pantoja, L. Á., ... Vélez-Restrepo, J. (2014). Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. *Revista de La Facultad de Medicina*, 63(3), 419–429. doi: 10.15446/revfacmed.v63n3.44205
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arenas, A., Gómez – Restrepo, C., Rondón, M. (2016). Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1): 68-75. DOI: 10.1016/j.rcp.2016.03.006
- Ayyash-Abdo H. Adolescent suicide: an ecological approach. *Psychol Sch* 2002;39(4):459-475.

- Baader, T., Urra, E., Millán, R., y Yáñez, L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(3), 303-309. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70430-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70430-8)
- Bahamón, M. y Alarcón-Vásquez, Y. (2018). Diseño y validación de una escala para evaluar el riesgo suicida (ERS) en adolescentes Colombianos. *Universitas Psychologica*, 17 (4): 1-15. DOI: 10.11144/Javeriana.upsy17-4.dvee
- Bahamón, M., Alarcón-Vásquez, Y., García, C. y Trejos, A. (2015). Riesgo suicida, funcionalidad familiar y esquemas maladaptativos en jóvenes universitarios. En Y. Alarcón-Vásquez, F. Vásquez, Y. Martínez, y W. Pineda (Eds.), *Tendencias y Avances en Psicología. Aportes desde la investigación científica* (pp.197-222). Colombia: Ediciones Universidad Simón Bolívar
- Beck, A. T., Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 47(2), 343–352.
- Beck, A., Kovacs, M. y Weissman, A. (1976). Hopelessness and suicidal behavior. *JAMA*, 234 (1976), 1146–1149
- Borges, G., Angost, J., Nock, M., Ruscio, A. y Kessler, R. (2006). A risk index for 12-month suicide attemps in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 36, 1747-1757

Brofenbrenner, U. (1987). La ecología del desarrollo humano. Barcelona, España: Ediciones Paidós.

Buendía, J., Riquelme, A., y Ruiz, J. (2004). El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida. Murcia, España: Editum.

Cabra, O. L., Infante, D. C., y Sossa, F. N. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Rev.Medica. Sanitas*, 13(2), 28–35.

Cacioppo, J. y Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and Personality Psychology Compass*, 8, 58-72. DOI: 10.1111/spc3.12087

Cacioppo, S., Grippo A., London, S., Goossens, L. y Cacioppo J. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science*, 10, 238-249. DOI: 10.1177/1745691615570616

Campos, R. (2009). Construcción de un Instrumento para la Detección de Factores de Riesgo Suicida en Adolescentes Costarricenses.

Carretero -Dios, H. Pérez, C. (2007). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideraciones sobre la selección de tests en la investigación psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 863-882.

Casullo, M. M., y Liporace, M. (2006). Validación factorial de una escala para evaluar riesgo suicida. *RIDEP*, 1(21), 9–22. Recuperado de

http://www.aidep.org/03_ridep/R21/R211.pdf

Chamorro, E. P., y Cristancho, D. C. (2010). Estudio Epidemiológico De Las Conductas Suicidas En Estudiantes De Secundaria De La Ciudad De Ipiales, 1–65.

Chávez-Hernández, A. M., y Leenaars, A. A. (2010). Edwin Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*, 33(4), 355–360.

Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., y Mackway-Jones, K. (2005). Suicide alter deliberate self-harm: a 4 year cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 297-303.

Córdova Alcaráz, A., Estrada Trejo, A., y Velázquez Altamirano, M. (2013). Detección de riesgo suicida en una muestra de adolescentes estudiantes de escuelas secundarias. *Revista*

Intercontinental de Psicología Y Educación, 15(1), 7–21. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80225697002>

Cova, F., Rincón, P., y Melipillán, R. (2007). Rumiación y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 24, 175-183.

Cull, G. J. y Wayne, S. G. (1982). Suicide Probability Scale SPS. Manual Western Psychological Services.

Durkheim, E. (1982). *El Suicidio*. Primera Edición. Madrid: Ediciones Akal. (Trabajo publicado en 1897).

Fawcett J., Bush K., Jacobs D., Kravitz, H., y Fogg, L. (1997). Suicide a four pathway clinical-biochemical model. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836:288-301

Fleming, T. M. (2007). Self-reported suicide attempts and associated risk and protective factors among secondary school students in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41 (3), 213-221.

Fortuna, L. R., Joy Perez, D., Canino, G., Sribney, W., y Alegria, M. (2007). Prevalence and correlates of Lifetime suicidal ideation and attempts among Latino Subgroups in the United States. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(44), 572-581

Fortune, S. y Hawton, K. (2007). Suicide and deliberate self-harm in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 17, 443-447. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paed.2007.09.001>

Gaceta Departamental No. 8047. Ordenanza no 000268 de 2015 por la cual se crea en el departamento del atlántico la comisión permanente para prevención, asistencia, y recuperación de la población en riesgo de suicidio en el departamento del atlántico y se institucionaliza el día departamental de la prevención del suicidio. 2015, 12, Mayo.

García de Jalon, E., y Peralta, V. (2002). Suidicio y riesgo de suicidio Suicide. *Anales*, 25(3), 87–96. Recuperado de <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewArticle/5570>

- Gerçön, T., y Or, P. (2006). Associated factors of suicide among university students: importance of family environment. *Contemporary Family Therapy*, 28 (2): 261-268.
- Gobernación del Atlántico. (2016). Plan de desarrollo departamental 2016 -2019. Recuperado de <http://www.atlantico.gov.co/>
- Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica. Condes*, 23(5): 607-615
- Gómez, A., Barrera, A., Jaar, E., Lolas, F., y Núñez, C. (1995). Apoyo social en el intento suicida. *Psicopatología*, 11: 54-58
- Gómez, A., Núñez, C., y Lolas, F. (1992). Ideación e intentos de suicidio en estudiantes de Medicina. *Revista Facultad Medicina Barna*, 19: 265-272
- Gómez, A., Orellana, G., Jaar, E., Núñez, C., Montino, O., y Lolas, F. (1998). La desesperanza como rasgo predictor del intento de suicidio. *Psicopatología*, 18:113-116
- Gómez, C., Bohórquez, A., Gil, Jaramillo, L., García, J., Bravo, E., De la Hoz, A. y Palacio, C. (2013). Evaluación del riesgo de suicidio en la guía de práctica clínica para diagnóstico y manejo de la depresión en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(1), 3-11.
- Hambleton, R., y Patsula, L. (1998). Adapting tests for use in multiple languages and cultures. *Social Indicators Research*. (45): 153-171.
- Harriss, L., Hawton, K., y Zahl, D. (2005). Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 60-69. DOI: 10.1192/bjp.186.1.60

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53).

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2015). Comportamiento del Suicidio en Colombia 2014. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2016). Comportamiento del Suicidio en Colombia 2015. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2017). Comportamiento del Suicidio en Colombia 2016. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/>

Isometsa, E. (2001). Psychological autopsy studies a review. *European Psychiatry*, 16(7), 379-85. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(01\)00594-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(01)00594-6)

Jaime, S., Pardo, C., y Ayala, N. (2016). Diseño de instrumentos y análisis de factores asociados a la ideación suicida en el ámbito escolar. Universidad Católica, Bogotá, Colombia.

Jaramillo, J. (2010). Diseño de un instrumento de alerta temprana para la detección del intento de suicidio de niños y adolescentes, desde la perspectiva del interaccionismo simbólico y a la luz de la teoría de Durkheim. Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia.

Jiménez, T., Murgui, S., y Musitu, G. (2007). Comunicación familiar y ánimo depresivo: el papel mediador de los recursos psicosociales del adolescente. *Revista mexicana de psicología*, 24 (2), 259-271.

- Kamath, P., Reddy, Y., y Kandavel, T. (2007). Suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(11), 1741-50.
- King, J. D. y Kowalchuk, B. (1994). ISO – 30. Adolescent Inventory of Suicide Orientation – 30. Minneapolis: National Computer Systems.
- Kuo, W., Gallo, J., y Eaton, W. (2004). Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality--a 13-year community-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(6), 497-50. DOI: 10.1007/s00127-004-0775-z
- Lamis, D. y Jahn, D. (2012). Parent–Child Conflict and Suicide Rumination in College Students: The Mediating Roles of Depressive Symptoms and Anxiety Sensitivity. *Journal of American College Health*, 61(2), 106-113. doi.org/10.1080/07448481.2012.754758
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V., y Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 71(3), 183-191.
- León, O. y Montero, I. (2002). Métodos de investigación en psicología y educación. Madrid, España: Mcgraw-Hill.
- Loboa, R. J., y Morales, D. F. (2016). Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados, Villahermosa - Tolima, 2013. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 96-104. doi: 10.17533/udea.rfnsp.v34n1a12

Ministerio de Salud y Protección Social y Colombia. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental

2015. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/encuesta-nacional-salud-mental-ensm-2015.zip>

Monge, J., Cubillas, M.J., Román, R., y Abril, E. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud*, 17, 45-51.

Montero, I. y León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 5, 115 – 127.

Muñiz, J. y Hambleton, R. (2000). Adaptación de los test de unas culturas a otras. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 2 (2), 129 - 149.

Muñiz, J., Elosua, P., y Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151–157. doi: 10.7334/psicothema2013.24

Navarro, J. A., Torrente, G.,... Rodríguez, A. (2005). Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCCS-18. *Psicothema*, 17 (4), 684-690.

Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, 37(3), 209-223

Ong, A., Uchino, B. y Wethington, E. (2016). Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*, 62,443-449. DOI: 10.1159/000441651

Organización Panamericana de la Salud. (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas.

Recuperado de

http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=253&Itemid=224

Ortin, A., Lake, A., Kleinman, M. y Gould, M. (2012). Sensation seeking as risk factor for suicidal ideation and suicide attempts in adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 143, 214–222. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.058>

Ortiz, M. I (11 de septiembre de 2016). Los rostros más duros del suicidio en Colombia. El Tiempo. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/>

Owens, D., Horrocks, J., y House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 181, pp. 193-199

Papalia, D. Wendkos, S., y Duskin, R. (2010). Desarrollo físico y cognoscitivo de la infancia media. Desarrollo Humano. México D.F.: Mc Graw Hill.

Patterson, W. Henry H. Dohn M.D., Julian Bird M.A., M.R.C.P., M.R.C. Psych.,and Gary A. Patterson M.S. Escala Sad de Persons. *Psychosomatics*, 24, 343-349, 1983. Academy of Psychosomatic Medicine.

- Pérez, I., Rodríguez, E., Dussán, M., y Ayala, J. (2007). Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005. *Revista de Salud Pública*, 9(2), 230-240.
- Powell, J., Geddes, J., Deeks, J., Goldacre, M., y Hawton, K. (2000). Suicide in psychiatric hospital in-patients: risk factors and their predictive power. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 266-272
- Rangel-Garzón, X., Suárez-Beltrán, F., y Escobar-Córdoba, F. (2015). Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria., 63(4), 707-716.
- doi: 10.15446/revfacmed.v63.n4.50849
- Redacción locales (11 de Agosto de 2016). Comisión busca disminuir la tasa de suicidios en Atlántico. El Heraldo. Recuperado de <http://www.elheraldo.co/>
- Royo, J. (2017). Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. *Pediatría integral*. XXI (2): 116.e1–116.e6
- Runeson, B., Tidelman, D., Dahlin, M., Lichtenstein, P., y Langström, N. (2010). Method of attempted suicide as predictor of successful suicide: natural long-term cohort study. *BMJ*, 341: c3222
- Sakinofsky, I. (2000). Repetition of suicidal behaviour. In H. K. and K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 385-404). Chichester.
- Sánchez-Loyo, L., Morfín, T., García, J., Quintanilla, R., Hernández, H., Contreras, E. y Cruz, J. (2014). Intento de Suicidio en Adolescentes Mexicanos: Perspectiva desde el Consenso Cultural. *Acta de investigación psicológica*, 4(1): 1446-1458

- Sarmiento, S. S. y Aguilar, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Revista Psicología y Salud*, 21(1), 25-30.
- Shaffer, D. y Greenberg, T. (2002). Suicide and suicidal behavior in children and adolescents. In: Shaffer D, Waslick BD, editors. The many faces of depression in children and adolescents. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M., Davies, M., Piacentini, J. y Schwab-Stone, M. (1996a). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.3 (DISC 2.3): Description, acceptability, prevalence rates and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 865-877
- Shaffer, D., Gould, M., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D. y Kleinman M. (1996b). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 339-348.
- Shaffer, D., y Pfeffer, C. (2001). Parámetros Prácticos para la Evaluación y Tratamiento de Niños y Adolescentes con Comportamiento Suicida, 146–188.
- Shur-Fen Gau, S., Chen, Y., Tsai, F., Lee, M., Chiu, Y., Soong, W., y Hwu, H. (2008). Risk factors for suicide in Taiwanese college students. *Journal of American College Health*, 57, 135-142.
- Silva, J., Pardo, C., y Ayala, N. (2016). Diseño de instrumentos y análisis de factores asociados a la ideación suicida en el ámbito escolar. Universidad Católica de Colombia.

Silviken, A. y Kvernmo, S. (2007). Suicide attempts among indigenous Sami adolescents and majority peers in Arctic Norway: Prevalence and associated risk factors. *Journal of Adolescence*, 30, 613-626.

Soloff, P., Lynch, K., Kelly, T., Malone, K., y Mann, J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *The American Journal of Psychiatry*, 157(4), 601-608. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.4.601

Soo Kim, H. y Sil Kim, H. (2008). Risk factors for suicide attempts among Korean adolescents. *Child Psychiatry Human Development*, 39, 221-235.

Souminen, K., Isometsä, E., y Lönquist, J. (2004). Level of suicidal intent predicts overall mortality after attempted suicide: a 12 year follow-up study. *BMC Psychiatry*, 4 (11). DOI: 10.1186 / 1471-244X-4-11

Tellez, J., Forero, J., (2006) Suicidio. Neurobiología, Factores de Riesgo y Prevención. Bogotá, Colombia: Nuevo Milenio.

Toro G, D. C., Paniagua S, R. E., González P, C. M., y Montoya, B. G. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio en Medellín, 2006. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional Salud Pública, 27(3): 302-308.

Tuesca, R. y Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*, 19, 19-28.

Urzúa M., A., y Caqueo-Úrizar, A. (2011). Construcción y evaluación psicométrica de una escala para pesquisar factores vinculados al comportamiento suicida en adolescentes chilenos.

Universitas Psychologica, 10(3), 721–734.

Vadear, T., Urra, E., y Yáñez, L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(3), 303-309

Valverde et al. (2001). Adolescencia: protección y riesgo en Costa Rica. Múltiples aristas, una tarea de todos y todas. PAIA, CCSS. Costa Rica.

Villardón, L. (2009). El pensamiento de suicidio en la adolescencia. Bilbao, España: Universidad de Deusto.

World Federation of Mental Health [WFMH]. (2018). Suicide and Young People. Recuperado de: https://wfmh.global/wp-content/uploads/WMHD_REPORT_19_9_2018_FINAL.pdf

World Health Organization. (2014). Preventing suicide, A global imperative. Recuperado de <http://www.who.int/>

Zahl, D., y Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 70-75.

11. Anexos

Anexo 1 Cuestionario sociodemográfico

1. Edad: _____ 2. Barrio: _____

3. Género:

Femenino ☐ 1
Masculino ☐ 2

4. Estado civil:

Soltero ☐ 1
Casado ☐ 2
Unión Libre ☐ 3
Divorciado ☐ 4
Viudo ☐ 5

5. Estrato socio-económico:

Nivel 1 ☐ 1
Nivel 2 ☐ 2
Nivel 3 ☐ 3
Nivel 4 ☐ 4
Nivel 5 ☐ 5
Nivel 6 ☐ 6

6. Nivel de estudios:

Primaria ☐ 1
Bachiller ☐ 2
Técnico ☐ 3
Tecnológico ☐ 4
Profesional ☐ 5

7. Número de personas del núcleo familiar (incluyéndote a ti): _____

8. Situación familiar:

- ☐ Padres casados
- ☐ Padres separados o divorciados
 - ¿Qué edad tenías cuando tus padres se separaron? _____
 - ¿Con qué personas vives habitualmente? _____
 - ¿Cómo valoras la relación actual entre tus padres?
☐ Muy buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ Muy mala
- ☐ Padres conviven juntos como pareja de hecho
- ☐ Padre o madre soltero/a
- ☐ Huérfano de un padre o de ambos

9. Nivel educativo del padre:

Sin Estudio	
Primaria	
Bachillerato	
Técnico	
Tecnólogo	
Pregrado Universitario	
Estudios postgrado	

10. Nivel educativo de la madre:

Sin Estudio	
Primaria	
Bachillerato	
Técnico	
Tecnólogo	
Pregrado Universitario	
Estudios postgrado	

11. Religión:

Cristiana	
Católica	
Budista	
Islámica	
Ninguna	
Otra - Cuál?	

12. ¿Usted ha sido diagnosticado con algún tipo de enfermedad mental?: Si ☐ 1 No ☐ 2

¿Cuál(es)? _____

13. ¿Se ha presentado en su familia algún tipo de enfermedad mental?: Si ☐ 1 No ☐ 2

¿Cuál(es)? _____

14. ¿Algunas vez ha consumido alguna sustancia psicoactiva?: Si ☐ 1 No ☐ 2

¿Cuál(es)? _____

15. ¿Alguna vez ha sido víctima de abuso sexual o maltrato?: Si ☐ 1 No ☐ 2

¿Cuál(es)? _____

Anexo 2 Escala de Riesgo Suicida - ERS

**ESCALA DE RIESGO SUICIDA –ERS-
Bahamón, M. & Alarcón-Vásquez (2018)**

Por favor, lea las frases que encuentra a continuación y señale su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas, marcando con una X en la alternativa elegida. Responda a las afirmaciones pensando en la manera como se ha sentido en los últimos seis meses.

1	2	3	4	5			6		
Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Parcialmente en Desacuerdo	Parcialmente de Acuerdo	De Acuerdo			Totalmente de Acuerdo		
1. Creo que es mejor no hacer planes para un futuro.				1	2	3	4	5	6
2. Pienso que el futuro es incierto y triste.				1	2	3	4	5	6
3. Creo que nada bueno me espera.				1	2	3	4	5	6
4. Pienso que la vida no tiene cosas buenas para ofrecerme.				1	2	3	4	5	6
5. Mi vida ha sido un fracaso y dudo que cambie en un futuro.				1	2	3	4	5	6
6. Me siento incómodo(a) conmigo mismo(a) y con lo que he logrado.				1	2	3	4	5	6
7. He pensado seriamente en quitarme la vida.				1	2	3	4	5	6
8. Pienso que la muerte es la única manera de terminar con mi sufrimiento.				1	2	3	4	5	6
9. He planeado como quitarme la vida.				1	2	3	4	5	6
10. He intentado quitarme la vida alguna vez.				1	2	3	4	5	6
11. He realizado cosas con el fin de no seguir viviendo.				1	2	3	4	5	6
12. Me he lastimado o herido intencionalmente.				1	2	3	4	5	6
13. Me siento solo(a) en la vida.				1	2	3	4	5	6
14. Me es difícil confiar en otras personas.				1	2	3	4	5	6
15. Me gustaría tener amigos a quienes acudir cuando tengo problemas.				1	2	3	4	5	6

16. Creo que las personas tienden a ignorarme.	1	2	3	4	5	6
17. A mi familia le interesa poco lo que suceda conmigo.	1	2	3	4	5	6
18. Prefiero acudir a personas diferentes a mi familia cuando necesito ayuda.	1	2	3	4	5	6
19. Prefiero estar lejos de mi familia que compartir con ellos.	1	2	3	4	5	6
20. Pienso que soy poco importante para mi familia.	1	2	3	4	5	6

Anexo 3 Consentimiento informado

Nombre de Investigadoras principales: Paola Alvarino Amador, Daniela Abello Luque, María del Mar Sánchez

Título del proyecto: Análisis Comparativo del Riesgo Suicida en Adolescentes

Señor(a) _____ le estamos invitando a brindar la autorización para que su hijo(a) _____ identificado con la Tarjeta de Identidad No. _____ de _____ participe de un estudio de investigación desarrollado por el Grupo de Investigación Cultura, Educación y Sociedad de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de la Costa, CUC.

Antes de tomar la decisión nosotros queremos que usted conozca que:

Usted puede hacer las preguntas que considere necesarias antes de firmar. Los investigadores están en la obligación de responderlas y de aclarar cualquier inquietud. Adicionalmente, puede encontrar palabras o términos con los cuales usted no está familiarizado o que sean de difícil comprensión, por lo que también puede solicitar que le sean explicados.

Una vez haya leído y comprendido los aspectos relacionados con el proyecto de investigación, y si usted decide que su hijo/a participe, se le pedirá que firme dos copias del presente formato. El investigador tomará uno y le hará entrega del otro.

La participación de su hijo/a en el estudio está protegida por la legislación internacional, nacional e institucional en la que se protege la dignidad, autonomía y derechos, procurando el bienestar de los participantes en proyectos de investigación. Para garantizar esto, se elabora el presente formato de Consentimiento Informado.

Propósito del estudio: Este estudio plantea como objetivo comparar el riesgo suicida en adolescentes con y sin antecedentes clínicos en el Municipio del Atlántico.

Procedimientos: Esta investigación es un estudio *no experimental con un alcance investigativo de tipo correlacional y transversal*, ya que su objetivo es identificar si existen diferencias significativas entre los factores de riesgo de los adolescentes que han tenido antecedentes de conductas suicidas con los que no lo han tenido, en un momento determinado.

Las evaluaciones se realizarán en lápiz y papel bajo la supervisión de un miembro del equipo de investigación.

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales), entregados a la Universidad de la Costa como requisito de producción final de la investigación y socializados a usted y su hijo como participante del proceso (en caso de que ustedes lo requieran).

Retribución y beneficios por la participación: Es nuestro deber informarle que su hijo/a NO recibirá dinero por participar en este estudio. Su participación es una contribución para el desarrollo de la ciencia, en especial en el marco de la salud mental de los adolescentes colombianos.

- Nombre: Paola Alvarino Amador Firma: _____ Cédula de ciudadanía: 52.898.859 de Bogotá, D.C.
- Nombre: Daniella Abello Luque Firma: _____ Cédula de ciudadanía: _____

22.735.292 de Barranquilla, Atlántico

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTE

(Esta sección es diligenciada por los participantes al momento de la aplicación de los instrumentos)

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el objetivo de la investigación y de haber recibido del grupo de investigadores, explicaciones verbales sobre ello y satisfactorias respuestas a mis inquietudes, habiendo dispuesto para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión, libre, consciente y voluntariamente consiento mi participación en este estudio bajo la custodia de mi padre/madre.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia de la Ps.. Paola Alvarino Amador en la ciudad de Barranquilla, el día del mes de del año .

Nombre, firma y documento de identidad del participante:

Nombre: _____ Firma: _____ Tarjeta de Identidad: _____
_____ de _____